



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

# COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO NO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DE DOENTES CRÍTICOS

Ana Cristina da Silva Gonçalves

Escola Superior de Saúde





INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

**Ana Cristina da Silva Gonçalves**

**COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO NO TRANSPORTE  
INTER-HOSPITALAR DE DOENTES CRÍTICOS**

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**Trabalho efetuado sob a orientação da**

Professora Doutora Aurora Pereira

**Coorientação**

Mestre Especialista na Área Científica de Enfermagem Clementina Sousa

**Escola Superior de Saúde, Fevereiro de 2017**



## **Resumo**

O transporte inter-hospitalar de doentes críticos é um ambiente de cuidados complexo e exigente. Neste contexto, os cuidados prestados ao doente crítico pressupõem uma intervenção precisa e eficaz, evitando possíveis complicações e assegurando as suas necessidades. O enfermeiro, enquanto elemento da equipa de transporte, deverá ser capaz de mobilizar um conjunto de competências necessárias, de modo a garantir cuidados de qualidade ao doente crítico e a segurança durante o transporte. Sendo assim, a realização deste trabalho de investigação tem como objetivo principal construir uma proposta de perfil de competências do enfermeiro no transporte inter-hospitalar de doentes críticos.

Para a consecução dos objetivos optou-se por realizar um estudo exploratório/ descritivo, desenvolvido em duas etapas. A primeira reporta à revisão da literatura, que permitiu a identificação de competências do enfermeiro no transporte inter-hospitalar de doentes críticos e a construção da versão inicial do instrumento. A segunda, à obtenção de uma versão de consenso, por meio do julgamento de um painel de peritos. Foi elaborado um conjunto de 14 competências e 59 critérios de avaliação, que foram integrados em nove domínios (formação e experiência, planeamento e organização, promoção da segurança, prestação de cuidados, trabalho de equipa e cooperação, comunicação, gestão de eventos críticos, melhoria contínua da qualidade e compromisso ético). Este conjunto constituiu a versão inicial que foi posteriormente submetida ao julgamento do painel de peritos, recorrendo à técnica de Delphi. Foram excluídos uma competência e quatro critérios de avaliação por não terem reunido os critérios de consenso. Obtiveram consenso 13 competências e 55 critérios de avaliação integrados nos nove domínios acima referidos, que constituíram a versão de consenso, ou seja, a versão final da proposta de perfil de competências do enfermeiro no transporte inter-hospitalar de doentes críticos.

Na sequência deste estudo, sugere-se a validação deste documento e a realização de estudos que permitam identificar a diferença entre as competências necessárias ao enfermeiro no transporte inter-hospitalar de doentes críticos e as competências que esses mesmos enfermeiros já possuem, permitindo assim às instituições hospitalares conhecer as áreas que já apresentam a qualidade exigida e detetar as áreas de possível melhoria, aspeto essencial para a promoção de cuidados de qualidade. Deste modo, essas instituições poderão garantir estratégias que possibilitem um desenvolvimento adequado das competências em falta, necessárias aos enfermeiros que prestam cuidados ao doente crítico durante os transportes inter-hospitalares através, por exemplo, de formação adequada, de

modo a que estes desenvolvam as competências necessárias à garantia de qualidade dos cuidados prestados, com otimização dos resultados para os doentes.

Palavras-chave: competência clínica, cuidados críticos, enfermagem, transferência de pacientes

## **Abstract**

The inter-hospital transport of critically ill patients is a very complex and demanding care environment. In this context, the care provided to the critically ill patient presupposes a precise and effective intervention, avoiding possible complications and assuring their needs. The nurse, as a member of the transport team, should be able to utilize their skills to deliver high-quality care to the patient, and to promote safety during the transport. Therefore, the main goal of this research is to construct a proposal for competency profile of nurses transporting critically ill patients between different hospitals.

To achieve the objective, it was decided to carry out an exploratory/ descriptive study, developed in two stages: the first reports on a review of the literature, which allowed the identification of nurses' competencies in the inter-hospital transport of critically ill patients and the construction of the initial version of the model. The second stage presents a peer-reviewed version through the judgment of a panel of experts. A set of 14 competencies and 59 evaluation criteria were developed and integrated into nine domains (training and experience, planning and organization, safety, care, teamwork and cooperation, communication, critical event management, continuous improvement of quality and ethical commitment). This set was the initial set of criteria that was subsequently submitted to the panel of experts, using the Delphi technique. One competence and four evaluation criteria were excluded because they did not meet the consensus criteria. A total of 13 competencies and 55 evaluation criteria were integrated into the nine domains referred to above, constituting the consensus version, that is, the final version of the proposal for competency profile of nurses transporting critically ill patients between different hospitals.

Following this study, we suggest an attempt to reproduce these findings and the realization of studies to identify the difference between the competencies required by nurses in the inter-hospital transport of critically ill patients and the skills these same nurses already possess, thus allowing hospitals to know the areas which already have the required quality and detect the areas where improvement is needed, an essential aspect for the promotion of quality care. In this way, these institutions will be able to ensure strategies that enable the adequate development of the missing skills needed by nurses who provide care to the critically ill patient during the inter-hospital transport , for example, through appropriate training, so that they can develop the necessary skills to guarantee quality of care, with optimization of patients benefits.

Keywords: clinical competence, critical care, nursing, patient transfer.



## **Agradecimentos**

São inúmeras as pessoas a quem devo os meus sinceros agradecimentos, por se terem revelado cruciais ao longo deste percurso.

À Professora Doutora Aurora Pereira e à Mestre Especialista na Área Científica de Enfermagem Clementina Sousa, pela orientação, pela disponibilidade e pela motivação.

À Mestre Rosa Olívia, pelo reforço positivo, que impulsionou e motivou a concretização deste estudo.

Aos enfermeiros que aceitaram participar no estudo, pela preciosa contribuição.

Ao meu irmão, pela disponibilidade e paciência com que prontamente solucionou todas as minhas dúvidas informáticas e estatísticas.

Aos meus amigos e colegas de trabalho, pelo incentivo e pela compreensão.

À minha mãe e ao meu pai, pelo apoio incondicional, como em qualquer etapa da minha vida.

Ao Hugo, pelo companheirismo e pela serenidade com que suportou os dias de tempestade.



## Sumário

Resumo

Abstract

Agradecimentos

Índice de Figuras

Índice de Tabelas

Abreviaturas

Siglas

INTRODUÇÃO ..... 19

Parte I - COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO NO TRANSPORTE INTER-  
HOSPITALAR DE DOENTES CRÍTICOS: ENQUADRAMENTO TEÓRICO ..... 23

Capítulo Um - COMPETÊNCIA: CONCEITO, EVOLUÇÃO E NOVOS MODELOS DE  
GESTÃO ..... 25

1. EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE COMPETÊNCIA ..... 28

2. O MODELO DE GESTÃO POR COMPETÊNCIAS ..... 32

Capítulo Dois - O ENFERMEIRO NO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DE  
DOENTES CRÍTICOS: DOMÍNIOS DE COMPETÊNCIAS ..... 39

3. O DOENTE CRÍTICO ..... 41

4. O TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR ..... 42

5. DOMÍNIOS DE COMPETÊNCIAS ..... 43

Parte II - A CONSTRUÇÃO DA PROPOSTA DO PERFIL DE COMPETÊNCIAS DO  
ENFERMEIRO NO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DE DOENTES CRÍTICOS 69

Capítulo Um - PERCURSO METODOLÓGICO ..... 71

1. DA PROBLEMÁTICA AOS OBJETIVOS DO ESTUDO ..... 73

2. DESENHO DE ESTUDO ..... 75

2.1 Procedimentos ..... 76

2.2 Evolução e caracterização do painel de peritos .....	85
3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	88
Capítulo Dois - RESULTADOS .....	91
Capítulo Três - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	103
CONCLUSÃO .....	117
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	121
APÊNDICES .....	129
APÊNDICE A – DOMÍNIOS, COMPETÊNCIAS E CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO IDENTIFICADOS	
APÊNDICE B – CONVITE AOS PERITOS	
APÊNDICE C – CONSENTIMENTO INFORMADO	
APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	
APÊNDICE E – INSTRUMENTO ENVIADO NA 2ª RONDA	
APÊNDICE F - VERSÃO DE CONSENSO	

## **Índice de Figuras**

Figura 1. - Etapas do estudo .....	76
Figura 2. – Evolução da construção da proposta do perfil de competências .....	101



## **Índice de Tabelas**

Tabela 1. – Critérios para determinar o grau de consenso.....	84
Tabela 2. – Evolução do painel de peritos por ronda .....	85
Tabela 3. – Género do painel de peritos .....	86
Tabela 4. – Estatística descritiva da idade, da experiência profissional e da experiência profissional em transporte inter-hospitalar de doentes críticos, em anos, do painel de peritos .....	86
Tabela 5. – Formação académica do painel de peritos .....	87
Tabela 6. – Formação e experiência: concordância e graus de consenso .....	93
Tabela 7. – Planeamento e organização: concordância e graus de consenso .....	94
Tabela 8. – Promoção da segurança: concordância e graus de consenso .....	95
Tabela 9. – Prestação de cuidados: concordância e graus de consenso.....	96
Tabela 10. – Trabalho de equipa e cooperação: concordância e graus de consenso .....	97
Tabela 11. – Comunicação: concordância e graus de consenso .....	97
Tabela 12. – Gestão de eventos críticos: concordância e graus de consenso .....	98
Tabela 13. – Melhoria contínua da qualidade: concordância e graus de consenso .....	99
Tabela 14. – Compromisso ético: concordância e graus de consenso.....	99
Tabela 15. – Ítems que transitaram para a segunda ronda: concordância e graus de consenso	100





## **Abreviaturas**

Edição – ed.

E-mail – electronic mail

Et alii (e outros) – et al.

Median – Mdn

Mediana – Md

Número – nº

Página – p.

Primeira – 1<sup>a</sup>

Segunda – 2<sup>a</sup>

Volume – vol.

Terceira – 3<sup>a</sup>



## **Siglas**

AAGBI – Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland

ACCCM – American College of Critical Care Medicine

ACEM – Australasian College for Emergency Medicine

ANZCA – Australian and New Zealand College of Anaesthetists

ATLS- Advanced Trauma Life Support

CICMANZ – College of Intensive Care Medicine of Australia and New Zealand

DAE – Desfibrilhador Automático Externo;

ECG – eletrocardiograma

ENA – Emergency Nurses Association

FiO<sub>2</sub> – Fraction of inspired oxygen

FC – Frequência Cardíaca

GEMS – Geriatric Education for Emergency Medical Services

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

ICS – Intensive Care Society

IIQ – Intervalo Interquartil

IQR – Interquartil Range

ITLS – International Trauma Life Support

MBA – Master of Business Administration

OE – Ordem dos Enfermeiros

OM – Ordem dos Médicos

PA – Pressão Arterial

PEPP – Paediatric Education for Pre hospital Professionals

PHTLS – Pre Hospital Trauma Life Support

PVC – Pressão Venosa Central

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SIV – Suporte Imediato de Vida

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

TCCC – Tactical Combat Casualty Care

TIHDC – Transporte Inter-hospitalar de Doentes Críticos

TNCC – Trauma Nursing Core Course

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

## INTRODUÇÃO

Entende-se por doente crítico aquele cuja vida se encontra ameaçada por falência efetiva ou eminente de uma ou mais funções vitais (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2010) e cuja sobrevivência se encontra dependente de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (OE, 2010; Ordem dos Médicos (OM) e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI), 2008), requerendo um nível de cuidados superior aos que normalmente são prestados numa enfermaria comum de um hospital (Intensive Care Society (ICS), 2011).

O transporte inter-hospitalar ocorre quando no hospital de origem não existem recursos humanos/ técnicos necessários, quer para tratar, quer para dar continuidade ao tratamento iniciado, e também quando é necessária a realização de meios complementares de diagnóstico que não se encontram disponíveis no hospital de origem (Martins e Martins, 2010).

Existem vários documentos com recomendações de boas práticas para a realização do transporte inter-hospitalar de doentes críticos publicados por organizações de referência, tanto a nível nacional (OM e SPCI, 2008), como internacional (Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland (AAGBI), 2009; American College of Critical Care Medicine (ACCCM), 2004; Australasian College for Emergency Medicine, Australian and New Zealand College of Anaesthetists e College of Intensive Care Medicine of Australia and New Zealand (ACEM, ANZCA e CICMANZ), 2015; Emergency Nurses Association (ENA), 2010; ICS, 2011).

As recomendações existentes para o transporte inter-hospitalar pressupõem que os elementos da equipa de transporte sejam capazes de garantir a segurança de todos os envolvidos no transporte, assim como de assegurar todos os cuidados necessários ao doente crítico durante o mesmo. Sendo assim, o enfermeiro, enquanto elemento da equipa de transporte, deverá possuir um determinado conjunto de competências, necessárias para conseguir lidar com as especificidades inerentes ao transporte inter-hospitalar de doentes críticos, de modo a que este ocorra em segurança e com os melhores resultados possíveis para o doente.

O conceito de competência tem vindo a ser amplamente discutido em Enfermagem, tanto a nível académico como a nível profissional, pois vivemos num contexto em que as exigências dos cuidados são crescentes e há uma constante preocupação por parte das

instituições de saúde com questões relacionadas com a qualidade e também com os resultados. Importa, pois, que os profissionais possuam as competências necessárias para responder às exigências solicitadas. No contexto da realização deste estudo, entende-se por competência como sendo um saber agir responsável e validado, que implica saber mobilizar, saber integrar e saber transferir os recursos disponíveis dentro de um determinado contexto profissional (Le Boterf, 1994). Ser um enfermeiro competente no transporte inter-hospitalar de doentes críticos, pressupõe que este seja capaz de recorrer, sempre que necessário, a um conjunto de atributos de conhecimentos (o que ele sabe), habilidades (o que sabe fazer) e atitudes (o que ele é, representado pelo querer fazer), de modo a evidenciar um desempenho competente.

Na atualidade, e em diversos contextos a nível nacional, o enfermeiro que realiza o transporte é muitas vezes o enfermeiro responsável por aquele doente naquele turno específico, independentemente da sua experiência profissional, da sua experiência em transporte ou mesmo da sua formação específica, sendo que nem sempre são cumpridas todas as recomendações existentes relativas ao transporte inter-hospitalar de doentes críticos.

Sabe-se que a investigação e a prática profissional estão interligadas, pelo que muitos problemas de investigação surgem nos locais da prática profissional (Fortin, 2009). Em contexto laboral pessoal, num serviço de internamento de um hospital da região norte de Portugal, em que por diversas vezes há necessidade de efetuar transportes inter-hospitalares de doentes em estado crítico para outras instituições de saúde onde existam cuidados mais diferenciados e outros meios complementares de diagnóstico necessários, são sentidas preocupações e dificuldades relativamente à intervenção adequada durante esses mesmos transportes. Essas inquietações encontram-se relacionadas sobretudo com as competências necessárias ao enfermeiro que integra a equipa de transporte, surgindo muitas vezes a dúvida acerca de qual será o enfermeiro que reúne mais competências para acompanhar o doente nestas situações, uma vez que não existe na referida instituição hospitalar uma equipa dedicada ao transporte inter-hospitalar. As preocupações e dificuldades frequentemente referidas pelos enfermeiros do serviço em questão, quando em transporte inter-hospitalar de pessoas em estado crítico, prendem-se essencialmente com a mobilização de determinados conhecimentos e habilidades necessárias ao atendimento adequado que estes reconhecem não possuir ou que deveriam estar mais sedimentados.

Reconhece-se que a bibliografia existente nesta área específica não é extensa. Porém, na última década, as publicações relativas ao transporte de doentes críticos têm vindo a aumentar consecutivamente, o que revela uma maior preocupação em torno desta problemática.

Vários estudos acerca da identificação de competências profissionais em diversas áreas de cuidados têm vindo a ser publicados nos últimos anos, o que revela preocupação crescente com a qualidade da prática profissional (Jogerst [et al.], 2015; Santos e Torres, 2012; Sousa e Alves, 2015; Taylor [et al.], 2016; Van Houwelingen, 2016; Wallengren, 2011; Witt [et al.], 2014). Também a OE, visando regulamentar a certificação de competências para a prática de Enfermagem, definiu o perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais (OE, 2012), o perfil de competências comuns do enfermeiro especialista, bem como as competências específicas para cada área de especialização em enfermagem (OE, 2009). No entanto, nenhum estudo ou documento que revelasse o perfil de competências necessárias ao enfermeiro no transporte de doentes críticos foi encontrado.

Sendo o transporte inter-hospitalar de doentes críticos um tema pertinente e atual, parece importante saber quais as competências profissionais que o enfermeiro que participa no transporte inter-hospitalar de doentes críticos deve mobilizar na sua prestação de cuidados, pelo que se coloca a seguinte questão de investigação:

- Quais as competências do enfermeiro no transporte inter-hospitalar de doentes críticos?

O objetivo geral a alcançar com este estudo é, portanto, o seguinte:

- Construir uma proposta de perfil de competências do enfermeiro no transporte inter-hospitalar de doentes críticos.

Para a consecução do objetivo proposto optou-se pela realização de um estudo exploratório/ descritivo (Sampieri, Collado e Lucio, 2006), através da revisão da literatura, reflexão pessoal e colaboração dos orientadores e de um juiz perito, construindo-se a versão inicial de um instrumento que foi sujeito à análise de um painel de peritos, recorrendo-se à técnica de Delphi. A análise de dados foi realizada com recurso a estatística descritiva, com base no grau de concordância com as competências apresentadas, na mediana (Md) como medida de tendência central e no intervalo interquartil (IIQ) como medida de dispersão.

Este trabalho encontra-se estruturado em duas partes. A primeira parte é referente ao enquadramento teórico e engloba dois capítulos. No primeiro capítulo aborda-se a evolução do conceito de competência e o modelo de gestão por competências. No segundo, descreve-se o conceito de doente crítico, o transporte inter-hospitalar e os domínios de competências do enfermeiro no transporte inter-hospitalar de doentes críticos. A segunda parte diz respeito à construção da proposta do perfil de competências do enfermeiro no transporte inter-hospitalar de doentes críticos e encontra-se dividida em três capítulos. No primeiro capítulo apresenta-se o percurso metodológico, com referência à problemática e objetivos, ao desenho de estudo e às considerações éticas relacionadas com o presente estudo de investigação. No segundo capítulo são apresentados os resultados obtidos pela técnica de Delphi, com base na análise realizada. No terceiro expõe-se a discussão dos resultados obtidos. Por fim, a conclusão deste estudo, com referência às suas limitações e a propostas para futuras investigações.



**Parte I**

**COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO NO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR  
DE DOENTES CRÍTICOS: ENQUADRAMENTO TEÓRICO**



## **Capítulo Um**

### **COMPETÊNCIA: CONCEITO, EVOLUÇÃO E NOVOS MODELOS DE GESTÃO**



Compreender o conceito de competência é um processo difícil, pois existem múltiplas abordagens sugeridas pela literatura disponível. Ao longo das últimas décadas, têm sido várias as definições propostas, inseridas em inúmeras correntes e abordadas em diferentes contextos.

A sociedade atual encontra-se marcada pela globalização e pelas consequentes transformações a nível social, económico, político ou cultural que daí advêm (Brandão, Bahry e Freitas, 2008). Esta realidade incontornável e irreversível deu origem a diversas mudanças por parte das organizações, de modo a conseguirem fazer frente à instabilidade e ao aumento da competitividade que daí resultaram. Num mundo onde todas as pessoas e todos os países se encontram interligados, não basta ser-se competitivo, é necessário manter-se competitivo. Sendo assim, como referem Sá e Paixão (2013), reconhece-se a necessidade de capacitar os indivíduos de competências que lhes permitam adaptar-se a um mundo complexo, dominado pela imprevisibilidade e incerteza.

Como resposta a esta nova e atual realidade, Brandão, Bahry e Freitas (2008) referem que surgem tentativas de identificar modelos de gestão mais eficazes, bem como mecanismos para desenvolver as organizações e as pessoas. Por um lado, observa-se preocupação por parte das organizações em selecionar as pessoas com o perfil e competências adequadas à função que exercem, de modo a maximizar os resultados; por outro, existe por parte dos profissionais a necessidade de serem capazes de responder às exigências atuais, tanto para integrar o cargo profissional como para mantê-lo (Furukawa e Cunha, 2010). É neste contexto que surge a substituição dos modelos tradicionais de gestão por modelos de gestão por competências.

Esta mudança nos modelos de gestão deu origem a que o conceito de competência tenha vindo a ser amplamente discutido, tanto no meio organizacional como no meio académico (Brandão, 2007). Também na Enfermagem se tem vindo a discutir o conceito de competência, tanto a nível dos contextos de formação académica, como em contextos da prática profissional, se bem que aqui, como referem Furukawa e Cunha (2010), o modelo de gestão por competências ainda é pouco utilizado. Na realidade atual, em que as exigências são crescentes, torna-se imprescindível que as competências esperadas se encontrem identificadas e que sejam do conhecimento dos profissionais.

Falar de competências num determinado contexto profissional implica, portanto, que se conheça a evolução do seu conceito e que se perceba o aparecimento dos novos modelos

de gestão, inseridos na realidade profissional atual, e nos quais se enquadra o processo de identificação de competências.

## **1. EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE COMPETÊNCIA**

A expressão competência existe desde a Idade Média, altura em que se encontrava essencialmente associada à linguagem jurídica, sendo vista como a capacidade que alguém ou alguma organização detinha para julgar determinadas questões ou realizar certos atos (Ruthes e Cunha, 2008). Esta noção de competência encontra-se relacionada com a perspetiva de competências entendidas como atribuições, que, como explica Gouveia (2007), é porventura a perspetiva mais tradicional, onde ser-se competente era então deter autoridade e responsabilidade daí recorrentes para exercer determinada função. As competências entendidas como atribuições existem por si só, são externas ao sujeito, podendo ou não ser utilizadas por este.

As primeiras discussões em torno do conceito de competência surgiram nos anos 60 por parte da escola anglo saxónica, mais especificamente nos Estados Unidos da América e Canadá (Ruthes e Cunha, 2008). No início da década de 70 do século XX, nos Estados Unidos, destaca-se a abordagem behaviorista, que valorizava os aspetos observáveis da competência (Sá e Paixão, 2013), ou seja, valorizava o desempenho e os comportamentos diretamente observáveis. Cascão (2004) aponta para a existência de uma abordagem comportamental, que vai de encontro à abordagem anteriormente referida, no sentido em que esta analisa o sujeito no seu trabalho, sem fazer suposições acerca das características que são necessárias para o realizar da melhor forma. A esta abordagem pensa-se poder relacionar a perspetiva de competências como qualificações, descrita por Gouveia (2007) como um conjunto de saberes certificados adquiridos pelo sujeito, através da educação formal, formação profissional ou aprendizagem realizada ao longo da vida. Esta é uma definição que também não tem em consideração a qualidade do desempenho, pois não é necessariamente o facto de se possuir formação numa determinada área que vai fazer com que se se manifeste um bom desempenho na mesma. A competência é então vista como o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para o exercício de um cargo (Dutra, in Torres, Ziviani e Silva, 2012), conjunto que apesar de importante, não é suficiente para definir competência no contexto de mudanças em que as organizações se encontram inseridas.

Foi em 1973 que o autor americano David McClelland, com a publicação do artigo *Testing for competence rather than intelligence*, originou uma certa rutura com a análise tradicional do trabalho, tipicamente taylorista, dando origem a um conceito já mais estruturado de competência (Cascão 2004; Manenti [et al.], 2012). No seu estudo, McClelland, citado por Cascão (2004) e Gouveia (2007), refere que existem características diferenciadoras dos sujeitos, a que chama de competências, que se encontram relacionadas com desempenhos superiores na realização de uma determinada função, sendo que essas características dizem respeito a uma dimensão profunda da personalidade. Gouveia (2007) aborda a perspetiva da teoria de competências como inputs, ou seja, qualidades dos indivíduos, entendendo competências como características intrapessoais, isto é, como capacidades que as pessoas poderiam ter. Ceitil, citado pelo mesmo autor, refere que esta perspetiva de competências como inputs teve origem precisamente nesta altura, com a publicação do referido artigo.

Nos anos 90 surge uma nova abordagem do conceito de competência defendida por autores europeus, mais precisamente em França, sendo diferente da abordagem americana (Ruthes e Cunha, 2008). Nesta corrente, Torres, Ziviani e Silva (2012) referem que competência não é apenas vista como um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que um indivíduo detém para a realização de uma determinada função, pois tal definição revela-se insuficiente num contexto de incertezas e mudanças em que as organizações se inserem. Surge aqui então, a importância atribuída ao contexto e a necessidade de entrega por parte do sujeito à organização (Dutra, in Torres, Ziviani e Silva, 2012). Não basta uma pessoa deter esse conjunto de qualificações (conhecimentos, habilidades e atitudes) para ser competente, é necessário pois ser capaz de os aplicar num determinado contexto específico, adicionando valor à organização.

A toda esta visão podemos associar a perspetiva de competência como outputs (resultados e comportamentos), descrita por Gouveia (2007). O autor refere que esta perspetiva é menos centrada no indivíduo e nas suas características e mais no seu comportamento, facto que sugere ter levado a que vários autores da corrente europeia tenham demonstrado preocupações acerca do desenvolvimento de processos de avaliação e reconhecimento de competências. Neste contexto, a competência é entendida como algo que se possa observar, através de comportamentos concretos, pois não basta um sujeito ter características diferenciadoras da personalidade reveladoras de um desempenho superior

(que a perspectiva de competência como inputs defendia), se na prática esse desempenho superior não for observado.

Em 1993, surge com Lyle Spencer e Signe Spencer um modelo de competências que integra as abordagens anteriores (inputs e outputs), originando uma perspectiva integrada da competência, após as diversas críticas às limitações das abordagens anteriores isoladas (Gouveia, 2007). Esta abordagem integradora da competência é descrita sob a forma de um iceberg (Spencer e Spencer, in Gouveia, 2007): na parte visível encontram-se os outputs (habilidades, conhecimento e experiência), que se manifestam através das ações e sobre as quais é possível intervir, e na zona submersa os inputs (características da personalidade: valores, autoconceito, traços de personalidade, motivação), área de mais difícil mudança.

Esta perspectiva para explicar o conceito de competência integra os principais pressupostos destas duas grandes abordagens anteriores: a competência é portanto pensada como o somatório da entrega (abordagem europeia) com as características da pessoa que podem contribuir para facilitar essa mesma entrega (provenientes da abordagem americana) (Dutra, in Torres, Ziviani e Silva, 2012). A competência é então discutida como entrega, ou seja, como a contribuição fornecida pelo sujeito que confere valor à organização, acrescida das características de personalidade de cada sujeito, que podem contribuir para que essa entrega seja facilitada, sendo maior o valor agregado à organização quanto maior for essa entrega.

Nesta perspectiva integradora, a competência é entendida como “combinações sinérgicas de conhecimentos, habilidades e atitudes, expressas pelo desempenho profissional em determinado contexto ou em determinada estratégia organizacional” (Filho, 2011, p.2). Ser competente em determinada situação, pressupõe que a pessoa seja capaz de recorrer, sempre que necessário, a um conjunto de conhecimentos (o que a pessoa sabe), habilidades (o que ela sabe fazer) e atitudes (o que a pessoa é, representado pelo querer fazer), de modo a evidenciar um desempenho competente.

Esta nova visão de discussão de competências parece possuir uma aceitação mais ampla, tanto em contexto académico como em contexto organizacional (Brandão, 2007). Dentro desta mesma perspectiva integradora da competência, surge o nome de um autor de referência incontestável pela quantidade e qualidade de estudos e reflexões que realizou nesta área: Guy Le Boterf. Le Boterf (1994) define competência como um saber agir responsável e validado, que implica saber mobilizar, saber integrar e saber transferir os recursos disponíveis dentro de um determinado contexto profissional. O autor explica que:



- Possuir conhecimentos ou habilidades não significa ser-se competente, pois há que saber mobilizar esses mesmos conhecimentos e capacidades de modo pertinente, num determinado contexto de trabalho. A competência não reside, portanto, nesses recursos a mobilizar, mas sim na mobilização dos mesmos.
- Nesta perspetiva, um sujeito competente tem de saber selecionar os elementos necessários dentro do seu reportório de recursos, organizá-los e emprega-los para realizar uma atividade profissional ou resolver um problema que surja, ou seja, saber integrar.
- A competência implica saber transferir, uma vez que não se limita à execução de uma tarefa única e repetitiva, pressupondo a capacidade de aprendizagem e adaptação.
- A competência não é uma simples soma de saberes, saberes-fazer e saberes-ser, pois há que ter em conta os componentes do poder (mobilizar) e de querer (agir) para saber agir – competência responsável.
- Existe ainda necessidade de validação da competência, ou seja, é necessário que ela se manifeste em determinado contexto de trabalho para que se mantenha e a sua manifestação pressupõe o julgamento dos outros e o seu reconhecimento como tal.

Le Boterf (1994) afirma que a competência é uma realidade dinâmica, é um processo mais do que um estado. A competência não é uma constante, é flexível, pois varia conforme o contexto em que se manifesta. Para melhor compreender o conceito de competência na prática profissional, Le Boterf (2006) explica que, um profissional que atua com competência e é reconhecido como tal, activa três dimensões da competência:

Em primeiro lugar, a dimensão dos recursos disponíveis, que o profissional deve combinar e mobilizar para agir de forma competente. Estes recursos são constituídos por recursos pessoais (conhecimentos, capacidades cognitivas, saber-fazer) e também por recursos disponíveis no contexto em que o trabalhador se encontra inserido (bases de dados, competências de outros colegas ou de pessoas de outras profissões).

Em segundo lugar, surge a dimensão das práticas profissionais e dos seus resultados. Nesta dimensão, o profissional recorre à ação, demonstrando através dela a sua competência, tendo em vista o alcance de objetivos exigidos.

Em terceiro lugar, surge a dimensão da reflexividade ou distanciamento. O profissional competente deve ser capaz de agir com pertinência numa determinada situação mas

também de compreender o motivo e a forma de agir, o que leva a uma necessidade de distanciamento necessário para poder melhorar as suas práticas profissionais.

A prática de Enfermagem exige uma complexa articulação de conhecimentos, habilidades, atitudes e valores, levando a que o conceito de competência não seja portanto consensual entre os autores desta área (Ruthes e Cunha, 2008). Porém, sendo o cuidado o núcleo da competência em Enfermagem (Ruthes, Feldman e Cunha, 2010), entende-se que esta perspectiva construtivista de competência será a que melhor pode definir competência neste contexto. O enfermeiro, no âmbito da prestação de cuidados em transporte inter-hospitalar de doentes críticos, deverá ser capaz de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, neste contexto profissional complexo, demonstrando competência na sua ação e agregando valor para a organização de saúde, tendo sempre como foco a qualidade dos cuidados prestados ao doente e família.

## **2. O MODELO DE GESTÃO POR COMPETÊNCIAS**

Nos últimos anos, muito se tem discutido e investigado acerca do desenvolvimento de competências profissionais, num contexto de profundas mudanças a nível social, económico, político e cultural, em que é necessário fazer face à competitividade do mercado e a uma conjuntura cada vez menos estável. Os modelos de gestão baseados na noção de competência surgem neste contexto, de acordo com Brandão, Bahry e Freitas (2008), como tentativa de identificação de um modelo de gestão mais eficaz, que tenha em consideração as organizações e as pessoas nelas inseridas e que promovam o desenvolvimento de ambas.

Furukawa e Cunha (2010) referem que a gestão de pessoas por competências é ainda pouco utilizada nos serviços de saúde. No entanto, apontam para os benefícios da sua utilização nos mesmos, tanto para as organizações, como para os profissionais, salientando que esses benefícios se podem estender aos doentes, uma vez que estes irão beneficiar diretamente da melhoria da qualidade dos cuidados que lhes são prestados. Quando se fala em gestão por competências pensa-se instantaneamente em organizações empresariais e não se associa este processo a organizações de saúde. No entanto, apesar das diferenças de contexto, na área da saúde tudo se processa da mesma forma.

O modelo de gestão por competências propõe orientar esforços para planejar, captar, desenvolver e avaliar as competências necessárias à consecução dos objetivos dos

diferentes níveis da organização (individual, grupal e organizacional) (Brandão e Guimarães, in Filho, 2011). Trata-se de um modelo que define as competências da organização e das pessoas nela inseridos, permitindo que os objetivos estratégicos sejam alcançados em conjunto (Munk, Munk e Souza, 2011), acrescentando valor tanto à organização como aos indivíduos (Amaral [et al.], 2008).

A gestão por competências é um processo contínuo. De acordo com Filho (2011), este processo inicia-se com a formulação da estratégia organizacional, na qual é definida a missão, visão e objetivos estratégicos, sendo de seguida definidos os indicadores de desempenho ao nível corporativo, as metas e identificadas as competências necessárias para concretizar o desempenho esperado.

Depois de formulada a estratégia organizacional, inicia-se o processo de mapeamento de competências. O mapeamento de competências é definido por Torres, Ziviani e Silva (2012) como um processo que permite identificar, sistematizar e evidenciar as competências da organização. O mapeamento de competências permite portanto, identificar quais as áreas de uma empresa que se encontram mais ou menos desenvolvidas, ou seja, permite identificar quais as áreas onde as competências esperadas são ou não verificadas. De acordo com Brandão e Bahry (2005), o mapeamento de competências objetiva identificar a diferença entre as competências necessárias para concretizar a estratégia anteriormente definida e as competências já existentes na organização. Sendo assim, a organização poderá garantir formação aos profissionais de modo a que estes desenvolvam as competências necessárias à estratégia organizacional ou até mesmo contratar novos profissionais com as competências necessárias e que se encontrem no momento em falta.

O termo mapeamento de competências consta e vem descrito na literatura brasileira, sendo que em Portugal a utilização deste termo não se verificou. No entanto, Cascão (2004), no âmbito da gestão por competências, aborda a definição do perfil de competências (identificação das competências que tornará a empresa competitiva no seu meio ambiente) e a operacionalização do sistema de competências (onde são concebidos e desenvolvidos instrumentos para, por exemplo, a auto e a hétéroavaliação de competências, o que pode também permitir a identificação da lacuna das mesmas ou as áreas onde estão asseguradas). Portanto, dado a definição anterior de mapeamento de competências, esta fase de identificação do perfil de competências e a fase de operacionalização do sistema de

competências, não são mais do que duas fases incluídas no referido mapeamento de competências.

Como última fase do processo de gestão por competências surge a avaliação (Brandão [et al.], 2008). É nesta fase de avaliação que os resultados alcançados são comparados com os resultados esperados.

Inserido no modelo de gestão por competências, o processo de identificação de competências será então abordado e clarificado.

A identificação de competências é uma fase crítica, uma vez que é a correta identificação de competências que torna a organização competitiva no seu meio ambiente (Cascão, 2004). É nesta fase que é definido o perfil de competências de um profissional na sua área de atuação. É portanto, de extrema importância que as competências sejam identificadas de modo correto e preciso, uma vez que é neste perfil que consta tudo aquilo que se espera que o indivíduo seja capaz de demonstrar no seu contexto de trabalho.

A identificação das competências dos cargos de uma organização é realizada através do levantamento dos atributos de competência (conhecimentos, habilidades e atitudes), que após serem reunidos por semelhanças, são convertidos em competências (Ruzzarin, in Amaral [et al.], 2008). Esta definição de competência, que remete à noção de conhecimentos, habilidades e atitudes como atributos necessários a um desempenho competente, foi observada em vários estudos realizados na área da saúde acerca da identificação de competências profissionais (Jogerst [et al.], 2015; Manenti [et al.], 2012; Nogueira, Azeredo e Santos, 2012; Santos e Torres, 2012; Taylor [et al.], 2016; Van Houwelingen [et al.], 2016).

Na literatura, são diversas as técnicas apontadas como possíveis para se proceder à identificação de competências, como se irá demonstrar de seguida. De acordo com Filho (2011), estas técnicas são utilizadas pelos investigadores de acordo com as características do contexto e da população alvo dos estudos.

Carbone [et al.], citados por Brandão e Bahry (2005), sugerem que para se proceder à identificação das competências necessárias ao alcance dos objetivos de uma organização, se inicia por realizar uma pesquisa bibliográfica, uma vez que, através da sua análise, é possível identificar categorias e indicadores de competências relevantes para a concretização dos objetivos da organização. Tal procedimento pode ser observado nos estudos de Jogerst [et al.] (2015) e Mendonça, Huet e Alves (2014), onde também foram

identificadas categorias e indicadores de competências através da análise de conteúdo de bibliografia relevante para cada um deles. Bruno-Faria e Brandão, citados por Brandão e Bahry (2005), sugerem que após a identificação das competências através da pesquisa bibliográfica, seja realizada uma colheita de dados com pessoas-chave da organização para que esses dados sejam confrontados com os da análise de conteúdo da bibliografia, procedimento também verificado nos estudos de Jogerst [et al.] (2015) e Mendonça, Huet e Alves (2014).

Bruno-Faria e Brandão, citados por Brandão [et al.] (2008), referem ainda que poderão ser utilizados outros métodos e técnicas de pesquisa, tais como observação (participante ou não), entrevista, grupos focais e questionários. Cascão (2004) refere técnicas como entrevistas, reuniões com gestores, reuniões com especialistas, ou ainda, questionários como possíveis estratégias a serem utilizadas para a identificação de competências. Torres, Ziviani e Silva (2012) indicam a utilização de técnicas como análise documental, entrevista, grupo focal e questionário para identificação de competências.

No estudo de Manenti [et al.], (2012) verificou-se a utilização da técnica de grupo focal, com o objetivo de identificar um perfil de competências para enfermeiros com cargos de gestão, sendo os dados obtidos analisados posteriormente com recurso aos referenciais teóricos existentes na área. Mestrinho (2008), na construção de um referencial de competências para os professores de Enfermagem, optou por recorrer a entrevistas semi-estruturadas a professores com responsabilidades em diferentes níveis do processo formativo dos enfermeiros e também à observação de professores nas salas de aulas. Mendonça, Huet e Alves (2014), para procederem à construção e validação de um referencial de competências para a licenciatura em enfermagem, para além da revisão de literatura, realizaram também um estudo de natureza empírica, que envolveu o recurso a entrevistas e a um inquérito por questionário.

De entre as técnicas utilizadas para a identificação de competências, Brandão e Bahry (2005) apontam o questionário como a técnica mais utilizada. Estes autores referem que a criação de um questionário requer normalmente a aplicação prévia de uma ou mais técnicas, tais como revisão bibliográfica, observação e entrevista, de modo a identificar os itens que compõem o questionário, seguida da definição de uma escala para os respondentes do questionário atribuírem o grau de importância das competências. A utilização de uma escala tipo Likert é sugerida por Carbone [et al.], citados por Brandão e Bahry (2005). Deverão ser utilizadas escalas com no mínimo, 4 intervalos e no máximo 10,

uma vez que com menos de 4 poderia não existir diferenciação suficiente e com mais de 10, as pessoas poderiam ter dificuldade em responder (Rocha e Christensen, in Brandão e Bahry, 2005). Brandão e Bahry (2005) referem ainda a importância de incluir no questionário uma secção destinada a dados pessoais e profissionais dos respondentes, tais como idade, género, grau de escolaridade, formação, cargo exercido, tempo de trabalho na organização e outras informações relevantes, conforme o caso.

A técnica de Delphi surge também como técnica muito útil na identificação de competências, nomeadamente na validação das mesmas. Existem estudos onde se verifica que esta técnica possibilita a criação de um consenso para validar um perfil de competências dentro de um determinado contexto (Nogueira, Azeredo e Santos, 2012; Souza e Alves, 2015; Taylor [et al.], 2016; Van Houwelingen [et al.], 2016; Wallengren, 2011; Witt [et al.], 2014). Também a OE (2009) recorreu à técnica de Delphi para a criação dos perfis de competências dos enfermeiros especialistas.

De acordo com o sugerido por Carbone, Brandão e Leite, citados por Brandão [et al.] (2008), devem existir determinadas precauções na descrição das competências, tais como serem descritas sob a forma de referenciais de desempenho, ou seja, de comportamentos observáveis no trabalho. A competência deverá, portanto, ser descrita sob a forma de comportamento esperado por parte do profissional, demonstrando o que ele deverá ser capaz de realizar no seu contexto de trabalho. Carbone, Brandão e Leite, citados pelos mesmos autores, sugerem ainda que o comportamento seja descrito utilizando um verbo e um objeto de ação, ao qual pode ser acrescentado uma condição na qual se espera que o desempenho ocorra, podendo ainda ser acrescentado um padrão de qualidade satisfatório. Para se obter uma boa descrição de competências, os mesmos autores recomendam a utilização de verbos que expressem comportamentos observáveis tais como: analisar, organizar, comunicar, avaliar, estabelecer, elaborar. Bruno-Faria e Brandão, citados por Brandão e Bahry (2005) sugerem também a utilização de verbos que expressem uma ação concreta, tais como analisar, organizar, selecionar, comunicar, avaliar e formular. Brandão e Bahry (2005) apontam ainda para a importância de evitar descrições muito longas, bem como a utilização de termos técnicos que dificultem a compreensão das pessoas, ambiguidades, irrelevâncias e afirmações óbvias, duplicidades, abstrações e ainda a utilização de verbos que não expressem uma ação concreta, tais como saber, apreciar, acreditar, pensar, entre outros.

Como se pode verificar através da literatura consultada, para além de serem várias as técnicas possíveis para a identificação de competências, não se observa consenso no modo de descrição e estruturação das mesmas. As competências identificadas nos diversos estudos consultados na área da saúde surgem-nos apresentadas sob a forma de uma lista de competências (Fernandes, Machado e Anschau, 2009; Wallengren, 2011), de competências gerais e específicas (Sousa e Alves, 2015), de conhecimentos, habilidades e atitudes relativos às competências (Santos e Torres, 2012; Taylor [et al.], 2016; Van Houwelingen [et al.], 2016), agrupadas em vários domínios, competências e indicadores (conhecimentos, habilidades e atitudes) (Jogerst [et al.], 2015), agrupadas em áreas de domínios e competências (Witt [et al.], 2014), em focos, competências e respetivos descritores de competência (Manenti [et al.], 2012), em categorias, subcategorias e indicadores (Mestrinho, 2008), em áreas de competência e descrições de competências (Mendonça, Huet e Alves, 2014) ou ainda em dimensões, categorias e indicadores (Nogueira, Azeredo e Santos, 2012).

A OE (2011), adotou a seguinte estrutura de competências para a sua operacionalização efetiva:

- Domínio de competência: compreende um conjunto de competências com linha condutora semelhante;
- Norma ou Descritivo de competência: descreve os atributos que o enfermeiro deverá ser capaz de demonstrar em situações concretas de trabalho;
- Unidade de competência: trata-se de um conjunto de elementos de competência, normalmente representado como uma função major ou papel da profissão;
- Critérios de avaliação: referem-se a uma lista integrada dos aspetos que devem demonstrar desempenho competente no exercício profissional, que não são mais do que os saberes/recursos (conhecimentos, habilidades e atitudes) necessários à observação/ verificação das mesmas.

Clarificada a evolução do conceito de competência, assim como o processo de identificação das mesmas, importa agora conhecer quais os domínios de competências do enfermeiro no transporte inter-hospitalar de doentes críticos.





## **Capítulo Dois**

### **O ENFERMEIRO NO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DE DOENTES CRÍTICOS: DOMÍNIOS DE COMPETÊNCIAS**



O transporte inter-hospitalar de doentes críticos tem vindo a ser motivo de interesse e preocupação por parte dos profissionais de saúde, tanto a nível nacional como internacional, sendo que nos últimos anos, muito se tem debatido acerca deste tema. Droogh [et al.] (2015) referem que questões de segurança têm motivado diversos estudos acerca de quando, como e para onde transferir doentes críticos.

Em Portugal, a SPCI divulgou em 1997 um documento com recomendações para o transporte de doentes críticos, documento que foi atualizado em 2008, em parceria com esta sociedade e com a OM (OM e SPCI, 2008). Trata-se de um manual de recomendações para o transporte de doentes críticos, onde são abordados temas como o transporte secundário de doentes críticos, ou seja, o transporte efetuado entre duas instituições de saúde, as várias fases da sua execução, bem como certas considerações acerca dos elementos das equipas de transporte e das medidas preventivas das possíveis complicações.

Também a nível internacional vários documentos com diretrizes para a realização do transporte de doentes críticos foram publicados por organizações de referência (AAGBI, 2009; ACCCM, 2004; ACEM, ANZCA e CICMANZ, 2015; ENA, 2010; ICS, 2011). A maioria dessas diretrizes aborda essencialmente aspetos como a coordenação e comunicação pré-transporte, a equipa de transporte, o equipamento, a monitorização durante o transporte, a documentação e a segurança do transporte.

O enfermeiro, enquanto elemento da equipa de transporte, deverá possuir determinadas competências e evidenciá-las na prática de cuidados, garantindo o cumprimento das recomendações existentes e consequentemente, contribuindo para melhores resultados do transporte destes doentes.

Neste capítulo aborda-se o conceito de doente crítico, o transporte inter-hospitalar e são apresentadas as evidências que permitiram a identificação de competências do enfermeiro no transporte inter-hospitalar de doentes críticos.

### **3. O DOENTE CRÍTICO**

Entende-se por doente crítico aquele que possui lesões potencialmente fatais ou doença que estão relacionadas com exaustão ou redução de reservas fisiológicas (ACEM, ANZCA e CICMANZ, 2015), ou seja, é o doente cuja vida se encontra ameaçada por falência efetiva ou eminente de uma ou mais funções vitais (OE, 2010) e cuja sobrevivência se encontra dependente de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (OE, 2010; OM

e SPCI, 2008), requerendo um nível de cuidados superior aos que normalmente são prestados numa enfermaria comum de um hospital (ICS, 2011).

O doente crítico necessita de cuidados contínuos e de elevada qualidade, que lhe permita “manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (OE, 2010, p.1). Os cuidados ao doente crítico pressupõem, portanto, uma intervenção precisa e eficaz, através do conhecimento da sua situação clínica, da capacidade para reconhecer alterações na mesma e da capacidade para responder a essas alterações, intervindo adequadamente e em tempo útil, evitando assim possíveis complicações e assegurando as suas necessidades.

#### **4. O TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR**

O transporte inter-hospitalar ocorre principalmente quando no hospital de origem não existem recursos humanos/ técnicos necessários, quer para tratar, como para dar continuidade ao tratamento iniciado e também quando é necessária a realização de meios complementares de diagnóstico que não se encontram disponíveis no hospital de origem (Martins e Martins, 2010). Pode dizer-se que este tipo de transporte ocorre quando as exigências ultrapassam os recursos disponíveis. Este tipo de transporte pode realizar-se por meio terrestre ou aéreo.

De acordo com a OM e SPCI (2008), o transporte inter-hospitalar de doentes críticos engloba três fases: decisão, planeamento e efetivação. A fase da decisão deve ponderar os benefícios e os riscos inerentes ao transporte e é um ato médico. A fase do planeamento é da responsabilidade da equipa médica e da equipa de enfermagem do serviço de origem (escolha e contacto do serviço recetor, do meio de transporte, da equipa de transporte, seleção da monitorização e da terapêutica e previsão das possíveis complicações). A fase de efetivação é da responsabilidade da equipa de transporte, que delega a responsabilidade técnica e legal no serviço destinatário, no momento da entrega do doente, ou novamente no serviço de origem, caso tenha de regressar após a necessidade de realização de exames complementares de diagnóstico ou procedimentos terapêuticos.

Rodrigues e Martins (2012) referem que o transporte de doentes em estado crítico é um dos momentos mais delicados dos cuidados de enfermagem, uma vez que há necessidade de manter o suporte das funções vitais com um nível semelhante ao que é praticado no serviço de origem. Para além de apontar a prestação de cuidados de elevada complexidade como

principal meta durante o transporte, Droogh [et al.] (2015) referem ainda a importância de, ao mesmo tempo, prevenir a deterioração do doente e a ocorrência de incidentes durante o mesmo.

Apesar de o transporte inter-hospitalar de doentes críticos envolver determinados riscos, este é justificável quando, como foi referido anteriormente, surja a necessidade de um nível de cuidados mais elevado ou para realização de um meio complementar de diagnóstico/terapêutico não disponível no local onde o doente se encontra. Sendo assim, a decisão de transportar um doente crítico deverá assentar na avaliação entre os potenciais benefícios do transporte em relação aos riscos potenciais do mesmo (ACCCM, 2004, OM e SPCI, 2008), garantido deste modo que a necessidade do transporte justifique os seus potenciais riscos. Quando existirem dúvidas acerca dos benefícios para o doente com a realização de um determinado exame complementar de diagnóstico ou de uma determinada intervenção terapêutica, a necessidade efetiva do transporte deverá ser questionada (ACCCM, 2004, OM e SPCI, 2008)

## **5. DOMÍNIOS DE COMPETÊNCIAS**

A identificação das competências do enfermeiro no transporte inter-hospitalar de doentes críticos foi realizada com base nas recomendações nacionais e internacionais para o transporte inter-hospitalar de doentes críticos e em resultados de artigos científicos. Este trabalho de investigação possibilitou identificar um conjunto de competências do enfermeiro no transporte inter-hospitalar de doentes críticos que constituiu a versão inicial do documento utilizado para a recolha de dados neste estudo (Apêndice A). Essas evidências são apresentadas tendo em consideração os domínios identificados na literatura.

### **Formação e experiência**

A formação e a experiência dos elementos que constituem a equipa de transporte assumem um papel relevante em todas as recomendações consultadas para o transporte inter-hospitalar de doentes críticos (AAGBI, 2009; ACCCM, 2004; ACEM, ANZCA e CICMANZ, 2015; ENA, 2010; ICS, 2011; OM e SPCI, 2008).

Encontra-se amplamente defendida a existência de equipas dedicadas ao transporte, com treino específico, experiência regular (AAGBI, 2009; ACCCM, 2004; ACEM, ANZCA e

CICMANZ, 2015; ENA, 2010; ICS, 2011; OM e SPCI, 2008; Sethi e Subramanian, 2014) e formação contínua, em emergência em geral e em especificidades do transporte (ACEM, ANZCA e CICMANZ, 2015; ENA, 2010; OM e SPCI, 2008). O recurso a estas equipas oferece a vantagem óbvia de se encontrarem mais familiarizadas com os procedimentos específicos inerentes ao transporte e com o equipamento a utilizar (Droogh [et al.], 2015), melhorando assim os resultados dos transportes inter-hospitalares de doentes críticos, uma vez que evitam um número elevado de incidentes críticos que poderão ocorrer durante o mesmo (ICS, 2011).

Num estudo realizado por Martins e Martins (2010), acerca das vivências dos enfermeiros no transporte inter-hospitalar de doentes críticos, é referido que a formação e a experiência profissional são essenciais para o sucesso dos transportes: por um lado, ambas garantem segurança para a prestação dos enfermeiros, por outro, surgem como motivo de stress nos mesmos, uma vez que lhes conferem uma maior capacidade para avaliar de forma mais real o risco de transferir um doente crítico. Gustafsson, Wennerhold e Fridlund (2010) referem ainda que o conhecimento e a experiência adquiridos são utilizados pelos enfermeiros com o objetivo de serem capazes de gerir as suas preocupações durante o transporte inter-hospitalar de doentes críticos, alegando que essas preocupações também vão diminuindo ao longo dos anos, conforme vão adquirindo mais experiência.

O conhecimento científico é visto pelos enfermeiros como essencial à sua prática em transporte (Scuissiato [et al.], 2012) e, associado à experiência prática, fornece aos enfermeiros capacidade para realizar uma avaliação mais rápida e mais precisa na abordagem ao doente crítico, permitindo um maior discernimento da gravidade da situação (Abelsson e Lindwall, 2012). A experiência em transportes consolida os conhecimentos teóricos e os conhecimentos teóricos consolidam a prática, devendo para tal estar relacionados com as necessidades da mesma. A confirmar esta ideia surgem também os resultados do estudo de Sarhangi [et al.] (2015) acerca dos conteúdos de um curso de primeiros socorros e transporte, baseado na experiência adquirida na guerra do Irão – Iraque, em que os participantes referiram ser de extrema importância receber formação adequada às suas necessidades.

Formação e experiência surgem portanto interligadas, e são imprescindíveis para uma prestação de cuidados de qualidade ao doente crítico durante o transporte inter-hospitalar. É através da formação específica e da experiência adquirida que o enfermeiro vai

conseguir responder às exigências do transporte inter-hospitalar e otimizar os resultados do mesmo.

Relativamente à formação, é referido pela AAGBI (2009) e pela OM e SPCI (2008) que todos os profissionais envolvidos no transporte inter-hospitalar de doentes críticos deveriam receber formação específica em transporte desses doentes, uma vez que é necessário que possuam compreensão adequada da condição clínica do doente e dos riscos potenciais do transporte. É recomendado ainda que essa formação específica em transporte seja promovida até mesmo para profissionais que habitualmente já lidam com este tipo de doentes (Martins e Martins, 2010; OM e SPCI, 2008). O transporte inter-hospitalar surge como um contexto de cuidados extremamente exigente, em que o enfermeiro terá de demonstrar conhecimento aprofundado da doença crítica em si, bem como de todo o ambiente envolvente ao transporte, incluindo problemática associada, devendo portanto, realizar uma atualização regular de conhecimentos, com preocupação por uma prática de cuidados baseada na evidência.

O Suporte Avançado de Vida (SAV) faz parte da formação obrigatória para todos os elementos da equipa de transporte (ICS, 2011; OM e SPCI, 2008) e o suporte avançado de trauma seria também desejável (OM e SPCI, 2008). Relativamente à prestação do enfermeiro neste contexto, Almeida [et al.] (2011) referem que para atuar com segurança e garantir a sobrevivência de um doente, este deve possuir conhecimento acerca das manobras de reanimação e estar preparado para as realizar. Formação em Suporte Básico de Vida (SBV) e SAV é também apontada como essencial (Droogh [et al.], 2015; Martins e Martins, 2010; Sethi e Subramanian, 2014), na medida em que ajuda o enfermeiro a prever e a resolver com maior segurança os imprevistos que possam surgir durante o transporte inter-hospitalar (Martins e Martins, 2010). Conhecimentos e habilidades em SAV, assim como conhecimentos em suporte avançado de trauma, serão portanto, necessários para o enfermeiro que integra as equipas de transporte inter-hospitalar de doentes críticos.

Formação na área da urgência e emergência surge também como importante neste contexto (ACEM, ANZCA e CICMANZ, 2015; ENA, 2010; OM e SPCI, 2008). A formação nesta área é considerada pelos enfermeiros envolvidos no transporte como um agente facilitador da prestação de cuidados, na medida em que lhes proporciona mais autoconfiança para atuar (Rodrigues e Martins, 2012). Scuissiato [et al.] (2012) salientam ainda a importância de os enfermeiros estarem familiarizados com os principais distúrbios respiratórios,

cardiovasculares, metabólicos e neurológicos, uma vez que estes podem surgir durante o transporte. O enfermeiro deverá, portanto, demonstrar conhecimentos nas áreas de cuidados de urgência e emergência e cuidados intensivos, pois através da compreensão da fisiologia da doença crítica, estará mais preparado para garantir ao doente crítico os cuidados que este necessita.

A experiência adquirida especificamente em contexto hospitalar é reconhecida pelos enfermeiros como importante para o seu desempenho no transporte inter-hospitalar de doentes críticos (Rodrigues e Martins, 2012; Romanzini e Bock, 2010; Scuissiato [et al.], 2012) e é referida como responsável pelo aumento da segurança nas suas ações (Oliveira e Martins, 2013). Esta experiência, como referem Abellsson e Lindwall (2012), garante ao enfermeiro “capacidade para agir”, que é a capacidade necessária para quem lida com situações de emergência. A experiência adquirida em contexto hospitalar irá certamente facilitar a prestação e a tomada de decisão do enfermeiro fora do ambiente controlado que é o hospital, através da revisão e reflexão sobre a sua prática nas múltiplas situações clínicas com que possivelmente já se deparou no seu trabalho em contexto hospitalar.

Para além da importância da experiência adquirida em contexto hospitalar, são também apontadas evidências à importância da experiência adquirida em contexto de realização de transportes inter-hospitalares de doentes críticos. A experiência adquirida neste contexto é considerada pelos enfermeiros como um meio de aprendizagem que possibilita o treino da capacidade de decisão, na medida em que aumenta a capacidade de perceber a gravidade da situação clínica do doente e que se traduz num enriquecimento pessoal e profissional, nomeadamente a nível da preparação em termos emocionais para situações futuras (Rodrigues e Martins, 2012). Profissionais cuja experiência profissional se resume ao ambiente hospitalar e que não se encontrem familiarizados com o transporte, poderão desvalorizar a importância das limitações do mesmo (Droogh [et al.], 2012). A experiência adquirida no contexto de realização de transportes inter-hospitalares de doentes críticos revela-se portanto, como essencial para o enfermeiro que atua nesta área de cuidados, uma vez que lhe vai conferir conhecimentos e habilidades essenciais para a sua prestação neste contexto específico.

Relacionadas com a importância da experiência adquirida, salientam-se questões relativas ao equipamento utilizado durante o transporte e ao próprio ambiente de transporte em si.



Relativamente ao equipamento, as recomendações são para que todos os elementos da equipa estejam familiarizados com o mesmo, sendo portanto capazes de o utilizar (ACEM, ANZCA e CICMANZ, 2015; ICS, 2011; OM e SPCI, 2008).

Gustafsson, Wennerhold e Fridlund (2010), no seu estudo acerca das preocupações experienciadas por enfermeiros durante o transporte inter-hospitalar de doentes críticos, referem que algumas se relacionam com a possibilidade de não conseguirem usar o equipamento necessário, de terem de lidar com equipamento com o qual não estão familiarizados e com o receio de mau funcionamento do mesmo. Salienta-se aqui a importância desta familiarização com o equipamento a utilizar por parte do enfermeiro que realiza o transporte, tal como nos estudos de Abellsson e Lindwall (2012) e Droogh [et al.] (2012) e surge também a questão das complicações que possam ocorrer com o mesmo. Esta questão encontra-se também presente no estudo de Martins e Martins (2010), em que a possibilidade de avaria do equipamento durante o transporte é referida como motivo de ansiedade por parte dos enfermeiros. Neste sentido, Droogh [et al.] (2012) apontam para a importância em demonstrar compreensão técnica relativamente ao equipamento utilizado, uma vez que o transporte também depende do mesmo e o apoio durante a sua realização é praticamente inexistente. No transporte inter-hospitalar, em que o suporte é limitado, torna-se importante que o enfermeiro, para além de demonstrar capacidade para utilizar o equipamento necessário, seja capaz de reconhecer as limitações técnicas do equipamento utilizado e de resolver determinados problemas específicos relacionados com o mesmo que possam eventualmente ocorrer.

Para além das questões relativas ao equipamento, é também recomendado a todos os elementos da equipa o conhecimento da ambulância e meio envolvente ao transporte (ICS, 2011). Os enfermeiros envolvidos no transporte devem expandir o seu nível de prestação para além daquele que é suposto aos enfermeiros que cuidam do doente crítico em ambiente hospitalar, na medida em que é necessário que compreendam o impacto do ambiente de transporte e o modo como este afeta os elementos da equipa e o doente (Reimer e Moore, 2010). O ambiente de cuidados durante um transporte não é o mesmo de uma unidade hospitalar. O transporte inter-hospitalar é algo desafiante, que envolve múltiplos riscos, dos quais o enfermeiro deverá ter consciência, de modo a garantir uma prática de cuidados segura e eficaz. Não basta, portanto, possuir experiência com doentes críticos, pois a prestação de cuidados fora do ambiente hospitalar envolve toda uma série

de condicionantes relacionadas com a ambulância, com o equipamento e com o ambiente de transporte em si que é necessário ter em consideração.

O conhecimento proveniente da formação e da experiência, fundamental para uma prática de cuidados de qualidade, poderá ainda ser reforçado através do desenvolvimento de processos de formação contínua.

ACEM, ANZCA e CICMANZ (2015) recomendam que os profissionais da equipa de transporte se mantenham atualizados através do desenvolvimento de processos de formação contínua. O enfermeiro, enquanto elemento da equipa de transporte, deverá então manter-se atualizado no que diz respeito à formação específica necessária à realização do transporte inter-hospitalar de doentes críticos, indispensável à boa prática profissional neste contexto.

A necessidade de atualização dos conhecimentos surge como evidência em vários estudos consultados (Abelsson e Lindwall, 2012; Almeida [et al.], 2011; Oliveira e Martins, 2013; Rodrigues e Martins, 2012). Esta necessidade poderá estar relacionada com a constante evolução técnica e científica, com as alterações nas guidelines na área da emergência, bem como com o aparecimento de novos equipamentos e materiais (Rodrigues e Martins, 2012). Almeida [et al.] (2011) concluíram no seu estudo que é necessário que os enfermeiros realizem formação que os capacite e atualize, com a consequente melhoria do desempenho e contribuição para o aumento da sobrevivência do doente. Esta necessidade de formação contínua e a tentativa de a colmatar com o recurso à autoformação foram referidas pelos enfermeiros nos estudos de Oliveira e Martins (2013) e Rodrigues e Martins (2012), nomeadamente nas áreas de SBV, SAV e trauma. O desenvolvimento de processos de formação contínua, por parte do enfermeiro que realiza estes transportes, permite que os mesmos se mantenham atualizados no contexto de cuidados em questão, conferindo-lhes maior segurança para a sua prestação e maior eficácia nas suas respostas às exigências das situações.

Num estudo realizado no Brasil, acerca dos conhecimentos em ressuscitação cardiopulmonar por parte dos enfermeiros envolvidos em cuidados pré-hospitalares (Almeida [et al.], 2011), verificaram-se melhores resultados nos conhecimentos teóricos daqueles que realizaram alguma atualização, relativamente aos que não realizaram qualquer atualização. Os conhecimentos revelados foram ainda superiores nos enfermeiros que realizaram atualização há menos tempo, nomeadamente em matérias como a carga eléctrica utilizada na desfibrilhação e a relação compressão/ ventilação. Também aqui o

desempenho em simulações foi melhor em enfermeiros que realizaram atualização de conhecimentos há menos de seis meses. Verifica-se então que a necessidade de atualização dos conhecimentos se justifica também pelo facto de os conhecimentos e as habilidades terem tendência a dissipar-se com o tempo.

O treino específico em transporte de doentes críticos surge também associado à formação contínua, uma vez que, como referem Reimer e Moore (2010), o treino suporta a aprendizagem, reafirmando conhecimentos e habilidades.

O treino das equipas de transporte é altamente recomendado (AAGBI, 2009; ACCCM, 2004; ACEM, ANZCA e CICMANZ, 2015; ENA, 2010; ICS, 2011; OM e SPCI, 2008; Sarhangi [et al.], 2015). Na Suécia, é recomendado que todas as ambulâncias de transporte tenham um enfermeiro qualificado, a quem é providenciado treino específico para atuar fora do ambiente hospitalar, uma vez que a ambulância é o ambiente normal de trabalho destes enfermeiros (Gustafsson, Wennerhold e Fridlund, 2010). Na Holanda, todos os profissionais das unidades de cuidados intensivos móveis recebem treino apropriado, que inclui procedimentos técnicos, trabalho de equipa e comunicação, com ênfase para aspetos específicos relativos ao transporte, tais como, preparação geral do transporte, preparação do doente, e ainda antecipação e resolução de problemas clínicos e técnicos que podem ocorrer (Droogh [et al.], 2012). Contudo, estas são duas realidades específicas e excecionais, pois os estudos continuam a demonstrar falta de treino formal em transportes (Spencer, Watkinson e McCluskey; Cook e Allan, in Droogh [et al.], 2015).

Não foram encontrados estudos que avaliem o efeito do treino específico em transportes. Porém, uma vez que as evidências sugerem que o treino de procedimentos simples leva a um aumento da qualidade, parece lógico que o mesmo se aplique também a procedimentos mais complexos, tais como o transporte inter-hospitalar de doentes críticos (Droogh [et al.], 2015). Num estudo realizado na Austrália (Campbell [et al.], 2015), que consistiu num projeto de pesquisa para verificar a frequência e a relevância para a prática clínica de um leque de competências nos campos de várias áreas da saúde (nomeadamente de Enfermagem), verificou-se que os profissionais apresentam necessidade de manter competências em determinados procedimentos que não são tão frequentemente executados. Tal pressupõe a existência de treino regular e específico, sendo que quanto mais complexo é o procedimento, maior a necessidade de treinar esse mesmo procedimento.

Perante estes achados, parece lógico afirmar que a realização de treino específico em transporte inter-hospitalar de doentes críticos é essencial para garantir um bom desempenho do enfermeiro aquando da sua prática de cuidados nesta área específica.

Para além dos processos de formação contínua formais, o enfermeiro envolvido no transporte inter-hospitalar de doentes críticos deverá ainda estar envolvido em processos de ensino – aprendizagem com outros colegas. Deverá, pois, procurar oportunidades para aprender, recrutando diversas fontes quando necessário, de modo a otimizar os cuidados prestados ao doente (Swickard [et al.], 2014). Deverá também estar disponível para ensinar, nomeadamente contribuindo para a formação de colegas mais novos e inexperientes (Abelsson e Lindwall, 2012; Swickard [et al.], 2014).

### **Planeamento e organização**

O planeamento e organização dizem respeito a uma fase crucial de qualquer transporte inter-hospitalar de doentes críticos, indispensável para o sucesso do mesmo, uma vez que este é um processo complexo que envolve riscos e que muitas vezes pode resultar em alguma deterioração do estado clínico do doente transportado. Esta fase do transporte encontra-se relacionada com aspetos inerentes à previsão e preparação do material e equipamento necessários ao transporte e com a preparação do doente.

Uma preparação meticulosa do transporte e estabilização do doente crítico são essenciais para prevenir o declínio fisiológico e outras complicações durante o transporte (Droogh [et al.], 2015; Rodrigues e Martins, 2012; Sethi e Subramanian, 2014), garantindo a segurança do doente durante o mesmo (ACCCM, 2004).

Comeau, Armendariz-Batiste e Woodby (2015) verificaram que os incidentes ocorridos durante o transporte de doentes críticos resultam da falta de preparação do mesmo. Por outro lado, Flabouris, Runciman e Levings, citados por Droogh [et al.] (2015), afirmam que a verificação do equipamento e do doente se encontram relacionados com a diminuição de incidentes. Estes achados vêm reforçar a importância do planeamento e organização do transporte inter-hospitalar de doentes críticos, na medida em que esta fase é fundamental para minimizar possíveis incidentes críticos durante o mesmo e contribui para uma prestação de cuidados segura.

Antes de iniciar o transporte, o enfermeiro deverá ser capaz de prever e providenciar todo o equipamento necessário para utilizar durante o transporte (Gustafsson, Wennerhold e

Fridlund, 2010; Rodrigues e Martins, 2012; Scuissiato [et al.], 2012), assim como certificar-se que este se encontra funcionante (Eagle, in Rodrigues e Martins, 2012).

Também antes do transporte, uma avaliação exata do doente crítico, bem como a otimização da sua condição clínica deverão ser realizadas (ACEM, ANZCA e CICMANZ, 2015; Martins e Martins, 2010; OM e SPCI, 2008; Scuissiato [et al.], 2012). Normalmente, um transporte não deverá ser realizado até que o doente esteja devidamente ressuscitado e estabilizado (AAGBI, 2009; ICS, 2011). Para tal, devem ser efetuadas e antecipadas as intervenções diagnósticas e terapêuticas que se prevejam necessárias durante o transporte (OM e SPCI, 2008), de modo a reduzir distúrbios fisiológicos associados ao movimento e também a diminuir o risco de deterioração do seu estado clínico durante o mesmo (ICS, 2011; OM e SPCI, 2008). É, portanto, essencial que o enfermeiro seja capaz de colaborar na avaliação do doente crítico, de modo a conseguir antecipar determinados aspetos, tais como, preparação do equipamento de transporte, terapêutica, ou possíveis complicações, e de colaborar também na sua estabilização, de modo a contribuir para a minimização dos riscos e consequentemente para o sucesso do transporte.

Nesta fase de planeamento e organização, conhecer a história clínica do doente, bem como os exames complementares de diagnóstico realizados até ao momento, encontra-se recomendado para os elementos da equipa que realiza o transporte (ICS, 2011; OM e SPCI, 2008). Este aspeto é também referido pelos enfermeiros nos estudos de Gustafsson, Wennerhold e Fridlund (2010), Martins e Martins (2010), Rodrigues e Martins (2012) e Scuissiato [et al.] (2012), que reforçam a importância de conhecer todo o histórico do doente e a sua situação clínica. Conhecer o histórico do doente e toda a sua situação clínica contribui para uma avaliação correta e estabilização do doente crítico, auxilia o enfermeiro nos processos de tomada de decisão e consequentemente, ajuda a prevenir a ocorrência de complicações durante o transporte, garantindo assim um transporte seguro e eficaz.

O recurso à utilização de listas de verificação (checklists) é recomendado para a preparação do transporte inter-hospitalar (AAGBI, 2009; ACCCM, 2004; ICS, 2011; OM e SPCI, 2008). Através destas listas de verificação é possível assegurar que todos os preparativos necessários ao transporte são realizados, de modo a garantir melhores resultados finais do transporte.

A utilização de checklists nesta fase do transporte é defendida por Comeau, Armendariz-Batiste e Woodby (2015), uma vez que estas promovem cuidados baseados na evidência, uniformização dos cuidados, melhoria da comunicação, utilização de equipamento

apropriado, diminuição de erros e redução das consequências da falta de fiabilidade da memória. Estes autores defendem ainda que a sua utilização ajuda a identificar os doentes com elevado risco de transporte e também a assegurar que todo o equipamento necessário está disponível e completamente funcionante, promovendo a segurança do doente e minimizando os eventos críticos. No entanto, salientam a importância de estas serem curtas e organizadas, pois as que são longas e desorganizadas têm tendência a não ser utilizadas. Apesar de se referirem à utilização das checklists em transporte intra-hospitalar, considera-se que, como existem princípios que são os mesmos para ambos os tipos de transporte, a sua utilização poderia trazer os mesmos resultados para o transporte inter-hospitalar.

No estudo de Martins e Martins (2010), os enfermeiros revelaram que sentem medo e ansiedade relacionados com o facto de poderem não conseguir prever todo o equipamento ou toda a medicação necessária para o transporte. Esses sentimentos negativos poderiam certamente ser minimizados com recurso à utilização de checklists para a preparação do transporte, estando aqui subjacente a importância da sua utilização na fase de planeamento e organização do transporte.

O enfermeiro deverá, portanto, demonstrar capacidade para programar, organizar e também controlar todos os aspetos envolvidos no transporte inter-hospitalar de doentes críticos, garantindo que tudo o que é necessário é realizado na fase de planeamento e organização, de modo a prevenir eventos críticos que coloquem em causa a segurança do doente e os resultados do transporte em si.

### **Promoção da segurança**

A promoção da segurança diz respeito à criação e manutenção de um ambiente de cuidados seguro, através do cumprimento de normas de segurança e da gestão de risco.

“A segurança deve ser uma preocupação fundamental dos profissionais e das organizações de saúde, e o exercício de cuidados seguros requer o cumprimento das regras profissionais, técnicas e ético-deontológicas (*legis artis*), aplicáveis em qualquer contexto de prestação de cuidados” (Oliveira e Martins, 2013, p. 121).

O contexto da prestação de cuidados em transporte inter-hospitalar de doentes críticos não é exceção. As recomendações referem que existe responsabilidade de todos os profissionais da equipa de transporte em garantir segurança a todos os envolvidos no mesmo, devendo para isso certificarem-se de que todos os procedimentos necessários são

realizados (AAGBI, 2009; ICS, 2011; OM e SPCI, 2008). A segurança do transporte, nomeadamente a segurança da equipa e do doente, surge como condição essencial para a qualidade do transporte inter-hospitalar de doentes críticos, devendo também ser preocupação fundamental do enfermeiro enquanto elemento da equipa de transporte.

Apesar de a decisão do transporte ser da competência médica, cabe ao enfermeiro garantir todas as condições necessárias para minimizar os riscos inerentes ao mesmo, através da garantia de um ambiente seguro (Martins e Martins, 2010; Swickard [et al.], 2014). Nesse sentido, o enfermeiro deverá possuir uma consciência constante acerca do ambiente de transporte, de modo a garantir a segurança do próprio, dos restantes elementos da equipa de transporte e do doente crítico que está a ser transportado (Reimer e Moore, 2010), através de medidas de gestão do risco e do cumprimento das normas de segurança (Oliveira e Martins, 2013). O sucesso do transporte depende, portanto, da criação e manutenção de um ambiente de cuidados seguros, na qual o enfermeiro ocupa um lugar preponderante, devendo para isso demonstrar conhecimento acerca dos princípios de segurança do transporte de doentes.

A segurança do transporte inter-hospitalar de doentes críticos passa também pelo conhecimento das guidelines existentes na área por parte dos profissionais envolvidos. A ENA (2010) e a ICS (2011) referem que todas as políticas e diretrizes existentes para o transporte inter-hospitalar de doentes críticos devem ser do conhecimento da equipa que os realiza.

A garantia de cuidados de enfermagem de qualidade implica uma prática e tomadas de decisão com base em evidências científica, com recurso a protocolos terapêuticos existentes, tendo em conta a eficácia previsível da situação (Oliveira e Martins, 2013). As instruções de trabalho existentes e as guidelines, bem como o seu conhecimento por parte dos enfermeiros, surgem como importantes para reduzir as suas preocupações durante o transporte (Gustafsson, Wennerhold e Fridlund, 2010), para além de servirem de suporte para a avaliação do transporte e facilitarem a gestão de responsabilidades (Abelsson e Lindwall, 2012). Demonstrar conhecimento das guidelines/ protocolos terapêuticos existentes para o transporte inter-hospitalar e atuar de acordo com os mesmos permitem ao enfermeiro fundamentar as suas ações e tomadas de decisão com base na evidência, reduzindo assim a probabilidade de erro e contribuindo para a segurança do transporte.

Para que a segurança seja garantida em todos os transportes há que ter também em consideração os riscos específicos inerentes ao mesmo. A ICS (2011) refere que, antes da

realização de um transporte inter-hospitalar de doentes críticos, deverá ser realizada uma correta avaliação do risco, aspeto que deverá ser utilizado para determinar as competências necessárias à equipa que acompanha o doente durante o transporte.

O risco de transportar um doente crítico diz respeito ao risco clínico, relacionado com fatores que interferem com a fisiologia cardiorrespiratória e a fiabilidade da monitorização (efeitos das vibrações e possíveis mudanças de temperatura) e ao risco de deslocação, como forças de aceleração, desaceleração ou risco de colisão (ICS, 2011; OM e SPCI, 2008). No que diz respeito ao risco clínico, a simples deslocação de um doente crítico de um lado para o outro pode originar diversas complicações, tais como, o aumento do stress no doente consciente ou a dificuldade de auscultação cardíaca e pulmonar (Martins e Martins, 2010). Em relação ao risco de deslocação, o meio de transporte utilizado e os riscos associados à estrada surgem como alvo de preocupação por parte dos enfermeiros que realizam o transporte, que referem medo não apenas pela possibilidade de morte do doente, como também temem pela segurança da equipa, com a possibilidade de ocorrência de um acidente de viação (Martins e Martins, 2010). É portanto, essencial que o enfermeiro intervenha na avaliação do risco de transportar um doente crítico, equacionando o risco de possíveis complicações durante o mesmo. Nesse sentido, a ENA (2010) garante que o enfermeiro que realiza transportes inter-hospitalares de doentes críticos deverá receber formação contínua, no sentido de perceber os problemas inerentes aos mesmos e os seus efeitos na segurança do doente.

Os cuidados que se prevejam necessários durante o transporte devem ser antecipados e realizados antes do mesmo (ACCCM, 2004; ICS, 2011; OM e SPCI, 2008). Trata-se de uma medida para prevenir possíveis complicações durante o transporte, garantindo a segurança do mesmo, mais especificamente a segurança do doente. O enfermeiro envolvido no transporte deverá ser capaz de antecipar problemas, com base em processos de tomada de decisão e pensamento crítico, adquiridos através de educação formal e informal e prática baseada na evidência (Swickard [et al.], 2014). A capacidade para antecipar complicações, garantindo a segurança do transporte inter-hospitalar, é aqui apontada como necessária ao enfermeiro que o realiza.

Um doente crítico, mesmo após estabilizado, mantém-se muito vulnerável, podendo ser alvo de várias e novas complicações, muitas vezes devido a terapêutica administrada ou intervenções realizadas (Martins e Martins, 2010). O enfermeiro deverá ser capaz de prever



essas potenciais complicações, de modo a garantir a segurança do doente (Martins e Martins, 2010; Rodrigues e Martins, 2012).

O enfermeiro apresenta portanto, um papel fundamental no que diz respeito à orientação de medidas para a prevenção de possíveis complicações decorrentes do transporte inter-hospitalar, garantindo a segurança de todos os envolvidos.

### **Prestação de cuidados**

O objetivo durante qualquer transporte inter-hospitalar de doentes críticos deverá ser a continuidade de cuidados de elevada qualidade, enquanto se previne a deterioração do estado clínico do doente e a ocorrência de incidentes críticos.

Os elementos da equipa de transporte deverão ser capazes de garantir a vigilância do doente crítico e de prestar cuidados no ambiente de transporte (ICS, 2011), devendo para isso estar preparados para lidar com doentes fora do ambiente hospitalar (ENA, 2010). O enfermeiro, enquanto elemento da equipa de transporte, deverá ser capaz de assegurar cuidados holísticos fora do ambiente hospitalar (Swickard [et al.], 2014), devendo para tal possuir habilidade para reconhecer súbitas alterações da condição clínica do doente e capacidade para intervir apropriadamente nos cuidados ao doente crítico durante o transporte inter-hospitalar (ENA, 2010). Ayllot, citado por Rodrigues e Martins (2012), refere ainda que os enfermeiros envolvidos no transporte inter-hospitalar de doentes críticos devem possuir capacidade para atuar de forma independente quando afastados do ambiente de trabalho protegido das unidades hospitalares. Porém, nem todos os profissionais de saúde habituados a trabalhar num ambiente altamente controlado como numa unidade de cuidados intensivos (UCI), possuem competências para realizar este trabalho desafiante (Droogh [et al.], 2012). Sendo assim, o enfermeiro deverá demonstrar capacidade para cuidar do doente crítico em ambiente de transporte, longe da segurança e do ambiente controlado da unidade hospitalar de onde o doente crítico é proveniente.

O nível dos cuidados prestados durante o transporte deverá ser mantido (ENA, 2010), devendo ser no mínimo de igual qualidade ao dos cuidados prestados na instituição de origem (ACEM, ANZCA e CICMANZ, 2015; ICS, 2011; OM e SPCI, 2008). A eventual necessidade de elevar esse mesmo nível de cuidados durante o transporte deve ainda ser considerada (ENA, 2010; OM e SPCI, 2008). Os cuidados prestados pelo enfermeiro durante o transporte inter-hospitalar de doentes críticos, em ambiente adverso, dinâmico e

imprevisível, deverão ser de igual nível aos cuidados prestados na unidade de origem (Martins e Martins, 2010; Reimer e Moore, 2010). Para tal, é necessário que o enfermeiro esteja habilitado e seja capaz de garantir esses mesmos cuidados de qualidade exigidos em ambiente de transporte, longe do ambiente controlado de uma unidade hospitalar.

Enfermeiros que trabalham em emergência são confrontados com a necessidade de ter de lidar com doentes e famílias extremamente ansiosas (Mehmet [et al.], 2011). Perante esta afirmação, e uma vez que o transporte inter-hospitalar de doentes críticos também é considerado uma situação de emergência, pressupõe-se que o enfermeiro deverá ser capaz de ouvir e compreender o doente e a família, promovendo apoio psicológico a ambas as partes. Reimer e Moore (2010) vêm ainda reforçar esta ideia, afirmando que é da responsabilidade do enfermeiro prestar apoio psicológico aos doentes críticos sujeitos ao transporte.

A abordagem do enfermeiro ao doente crítico não deve ser centrada apenas na sua sintomatologia, mas deverá abranger as suas múltiplas dimensões (Oliveira e Martins, 2013). O enfermeiro deve ter a capacidade de antecipar as necessidades do doente e da família e de contribuir para um ambiente terapêutico, promovendo o conforto e evitando sofrimento desnecessário (Swickard [et al.], 2014). O apoio psicológico ao doente crítico e família, neste contexto de prestação de cuidados, encontra-se também subjacente nestas afirmações, contribuindo para a ideia que o apoio psicológico ao doente crítico e família são cuidados essenciais por parte do enfermeiro que realiza transporte inter-hospitalar de doentes críticos.

No regulamento de competências do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica consta que este deverá ser capaz de executar “cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/ doença crítica e/ ou falência orgânica” (OE, 2010, p.3). Sendo o transporte inter-hospitalar uma situação complexa que envolve cuidados específicos ao doente crítico, parece crucial que o enfermeiro esteja habilitado a executar procedimentos técnicos específicos de elevada complexidade, necessários à manutenção da estabilidade do doente crítico durante o transporte. Monitorização, ventilação e administração de medicação, englobam-se nestes procedimentos, uma vez que fazem parte dos cuidados habituais ao doente crítico.

A monitorização contínua ao longo de todo o transporte é alvo de recomendações tanto a nível nacional (OM e SPCI, 2008), como internacional (AAGBI, 2009; ACCCM, 2004; ACEM, ANZCA e CICMANZ, 2015; ICS, 2011). Também em estudos relacionados com a

prestação do enfermeiro em transporte inter-hospitalar de doentes críticos, a monitorização contínua e adequada do doente crítico é apontada como sendo essencial para garantir a segurança do transporte (Martins e Martins, 2010; Swickard [et al.], 2014).

A OM e SPCI (2008) defendem a existência de três níveis de monitorização durante o transporte inter-hospitalar de doentes críticos:

- Monitorização obrigatória: monitorização contínua com registo periódico, frequência respiratória, FiO<sub>2</sub>, oximetria de pulso, electrocardiograma (ECG) contínuo, frequência cardíaca (FC), pressão arterial (PA) não invasiva, pressão da via aérea (nos doentes ventilados mecanicamente), capnografia (nos doentes ventilados mecanicamente);
- Monitorização fortemente recomendada: medição contínua da PA invasiva (em doentes potencialmente instáveis) e ECG com detecção de arritmias;
- Monitorização ideal (em doentes selecionados pelo seu estado clínico): medição contínua ou intermitente da pressão venosa central (PVC), medição da pressão da artéria pulmonar, medição da pressão intracraniana, temperatura corporal.

A ACEM, ANZCA e CICMANZ (2015) abordam ainda a monitorização da dor, através de escalas da dor, e a monitorização do conforto do doente (que inclui a prevenção de úlceras de pressão, nomeadamente as provocadas por dispositivos médicos, essencial para doentes inconscientes, imobilizados, com diminuição da mobilidade, da perfusão ou da sensibilidade, e ainda cuidados oculares e atenção aos efeitos do tubo endotraqueal e outros dispositivos invasivos em doentes ventilados).

A monitorização do doente é um fator que se encontra relacionado com a diminuição de incidentes durante o transporte (Flabouris, Runciman e Levings, in Droogh [et al.], 2015). Perante esta realidade, e no sentido de cumprir as recomendações existentes, o enfermeiro deverá ser capaz de garantir uma monitorização contínua e eficaz, devendo para tal estar consciente que a monitorização durante o transporte é dificultada pelo ruído, espaço limitado, diminuição da luz (Blakeman e Branson, 2013) e ainda pela vibração e movimento durante o transporte (Swickard [et al.], 2014).

A ICS (2011) refere que todos os elementos da equipa de transporte deverão ter capacidade para utilizar ventilador portátil, mesmo que seja em operações básicas. A OM e SPCI (2008) relembram a importância de antecipar a necessidade de suporte ventilatório, uma vez que os ventiladores de transporte não possuem os mesmos modos ventilatórios, pelo

que a conexão com esses equipamentos deve ser efetuada nos serviços de origem, dando tempo ao doente para se adaptar a esse novo equipamento. Uma vez que o enfermeiro se encontra envolvido em todos estes procedimentos, parece essencial que demonstre conhecimentos e habilidades para usar o ventilador portátil.

É da responsabilidade do enfermeiro assegurar o cumprimento da terapêutica prescrita (Eagle, in Rodrigues e Martins, 2012), devendo para tal possuir conhecimento acerca da administração da mesma (ICS, 2011; Sethi e Subramanian, 2014). Deverá ainda ter em atenção que toda a terapêutica deverá ser confirmada e claramente identificada antes da administração, com especial atenção para a terapêutica que necessita de refrigeração para manter a eficácia (ACEM, ANZCA e CICMANZ, 2015). O enfermeiro deverá portanto, possuir conhecimento sobre a administração terapêutica que pode ser necessária durante o transporte.

Para além de todos os aspetos já mencionados anteriormente, surgem ainda na literatura outras evidências necessárias à garantia de cuidados de qualidade prestados pelo enfermeiro no contexto do transporte inter-hospitalar de doentes críticos.

A visão global do doente e da situação foi descrita pelos enfermeiros como um sentimento de saber quando um doente se encontra em situação crítica ou não, capacidade essa que vem da formação em conjunto com a experiência, que por sua vez solidifica a teoria (Abelsson e Lindwall, 2012). Depreende-se daqui que o enfermeiro, mediante a abordagem ao doente crítico, seja capaz de reconhecer a gravidade ou não de uma situação, o que facilitará a sua prestação de cuidados durante o transporte.

Antes do início do transporte, deverá ser realizada uma observação precisa do doente crítico, de modo a detetar alterações que possam vir a surgir durante o mesmo (OM e SPCI, 2008). O enfermeiro deverá ser capaz de prever complicações relativas ao estado clínico do doente (como agravamento do seu estado clínico), de modo a não comprometer a sua situação clínica, bem como a qualidade dos cuidados prestados (Rodrigues e Martins, 2012). Deste modo, a prevenção do agravamento do estado clínico do doente crítico durante o transporte será outro fator a ter em consideração aquando da prestação de cuidados neste contexto.

Através de uma vigilância contínua e adequada do doente, o enfermeiro possui capacidade necessária para detetar precocemente complicações (Martins e Martins, 2010) e reconhecer deterioração da sua condição clínica (OE, 2010; Swickard [et al.], 2014), possuindo ainda

capacidade para responder prontamente a essas complicações (ENA, 2010; OE, 2010). O enfermeiro, neste contexto, deve então demonstrar habilidades para reconhecer e responder às mudanças súbitas do estado clínico do doente crítico, intervindo apropriadamente nos cuidados prestados durante o transporte inter-hospitalar.

### **Trabalho de equipa e cooperação**

A capacidade para trabalhar em equipa deve ser evidenciada por todos os elementos da equipa de transporte (ICS, 2011). O enfermeiro, enquanto elemento da equipa de transporte, deverá demonstrar essa mesma capacidade através da sua integração na equipa e da criação e manutenção de relações de trabalho construtivas.

O trabalho de equipa trata-se de uma prática fundamental para o sucesso dos cuidados de saúde (Scuissiato [et al.], 2012). No contexto específico do transporte inter-hospitalar, o trabalho de equipa e a segurança do doente encontram-se interligados (Manser, in Gustafsson, Wennerhold e Fridlund, 2010), estando a capacidade para trabalhar em equipa relacionada com um menor número de incidentes durante o mesmo (Flabouris, Runciman e Levings, in Droogh [et al.], 2015). Estes achados vêm reforçar a importância do trabalho de equipa no contexto do transporte inter-hospitalar de doentes críticos, o que demonstra que o enfermeiro é responsável por ser capaz de trabalhar em equipa, de modo a garantir a segurança dos elementos da equipa de transporte, a segurança do doente crítico e, consequentemente contribuir para o sucesso do transporte em geral.

No estudo de Oliveira e Martins (2013), que aborda as experiências dos enfermeiros em Suporte Imediato de Vida (SIV), que por sua vez também tem por objetivo assegurar um transporte seguro do doente crítico, o trabalho em equipa, desenvolvido num clima de colaboração, é sentido pelos enfermeiros como um trabalho de complementaridade de todos os elementos que a constituem. Também num estudo acerca da compreensão dos enfermeiros acerca do seu papel na equipa multidisciplinar de transporte aéreo (Scuissiato [et al.], 2012), os enfermeiros revelaram que procuram articular os seus saberes com os dos restantes elementos da equipa, em prol de uma prestação de cuidados holísticos ao doente crítico sem, no entanto, se esquecerem do seu papel e das suas responsabilidades específicas. O trabalho de equipa no transporte inter-hospitalar pressupõe então cooperação entre os diferentes profissionais envolvidos. Como tal, o enfermeiro envolvido deverá ser

capaz de conciliar diferentes opiniões, tanto intra como interprofissionais, sempre com vista a uma prestação de cuidados de qualidade.

O facto de os transportes inter-hospitalares de doentes críticos serem realizados por uma equipa, em que o enfermeiro é acompanhado por outro profissional de saúde, gera nos enfermeiros sentimentos de confiança e segurança por serem momentos propícios à partilha de conhecimentos e de dúvidas (Rodrigues e Martins, 2012). Considera-se então que esta partilha de conhecimentos e dúvidas é necessária para evidenciar boa capacidade de trabalhar em equipa, na medida em que favorece a criação e a manutenção de relações de trabalho construtivas.

A ICS (2011) refere que todos os elementos da equipa de transporte devem recorrer à ajuda de colegas mais experientes apropriadamente. No estudo de Abellsson e Lindwall (2012) foi referido que o enfermeiro deverá ser capaz de procurar apoio de colegas mais experientes, sempre que não conseguir resolver uma situação. De acordo com Gustafsson, Wennerhold e Fridlund (2010), os enfermeiros vêem as suas preocupações durante o transporte reduzidas se forem capazes de pedir ajuda a outros membros da equipa. Isto revela que é importante que o enfermeiro seja capaz de solicitar apoio de colegas mais experientes sempre que apropriado.

Os enfermeiros deverão ser capazes de procurar oportunidades para aprender e ensinar (Swickard [et al.], 2014), o que pressupõe que os enfermeiros sejam capazes de, para além de procurar apoio, apoiar os outros elementos da equipa, nomeadamente os colegas mais novos e inexperientes.

O trabalho de equipa e cooperação deverá, portanto, ser evidenciado pelo enfermeiro no transporte inter-hospitalar de doentes críticos, de modo a garantir o sucesso do mesmo.

## **Comunicação**

Durante todas as fases do transporte inter-hospitalar deverá existir uma comunicação confiável (ACEM, ANZCA e CICMANZ, 2015), sendo essencial que todos os profissionais envolvidos garantam capacidade de comunicação durante o mesmo (AAGBI, 2009).

Os enfermeiros que trabalham em contexto de emergência necessitam de habilidades especiais de comunicação, o que pode afetar, tanto o seu sucesso profissional, como a

satisfação dos doentes (Mehmet [et al.], 2011). Sendo o transporte inter-hospitalar de doentes críticos uma emergência, também aqui a comunicação é um aspeto que se encontra revestido de extrema importância para a atuação do enfermeiro neste contexto.

Existem evidências de que a comunicação interpessoal é um fator que diminui os incidentes durante o transporte (Flabouris, Runciman e Levings, in Droogh [et al.], 2015). No sentido de cumprir as recomendações existentes e também de contribuir para o sucesso do transporte, o enfermeiro deverá ser capaz de gerir a comunicação interpessoal com os membros da equipa multidisciplinar envolvida no transporte inter-hospitalar de doentes críticos.

Apesar da recomendação existente para que todos os elementos da equipa de transporte compreendam a necessidade de boa comunicação entre as equipas das instituições de origem e destino e evidenciem isso na prática (ICS, 2011), a falta de comunicação entre a equipa de transporte e a equipa de destino foi revelada como motivo de preocupação por parte dos enfermeiros que realizam o transporte inter-hospitalar (Gustafsson, Wennerhold e Fridlund, 2010), assim como também as falhas na comunicação foram referidas como uma experiência negativa durante o mesmo (Romanzini e Bock, 2010).

O enfermeiro, durante o transporte inter-hospitalar, deverá então ser capaz de garantir comunicação eficaz entre hospital de origem e de destino (Swickard [et al.], 2014), ocupando um papel articulador entre os diferentes profissionais (Scuissiato [et al.], 2012). Sendo assim, considera-se fundamental que o enfermeiro seja capaz de comunicar eficazmente com todos os elementos das equipas multidisciplinares da instituição de origem e da instituição de destino, devendo para tal, como referem Droogh [et al.] (2015) e Scuissiato [et al.] (2012), recolher o máximo de informação e transmiti-la à equipa da instituição que recebe o doente.

A partilha de informação com a equipa da instituição de destino deverá ser evidenciada no momento da entrega do doente através da passagem de informação verbal e escrita, incluindo história clínica, sinais vitais, medicação administrada e ocorrências clínicas significativas durante o transporte, e deverão ainda ser fornecidos os resultados dos exames complementares de diagnóstico realizados (AAGBI, 2009; ACCCM, 2004; ACEM, ANZCA e CICMANZ, 2015; Droogh [et al.], 2015; ICS, 2011; OM e SPCI, 2008; Sethi e Subramanian, 2014). O enfermeiro deverá assim ser capaz de transmitir a informação essencial relativa ao doente crítico à equipa da instituição de destino e também de garantir que toda essa informação se encontra devidamente registada e disponível.

Registos claros devem ser realizados durante todas as fases do transporte, devendo incluir detalhes como a condição do doente, estado clínico antes, durante e depois do transporte, sinais vitais, ocorrências clínicas, terapêutica administrada e procedimentos realizados durante o transporte (AAGBI, 2009; ACEM, ANZCA e CICMANZ, 2015; ICS, 2011). A OM e SPCI (2008) e Sethi e Subramanian (2014) referem ainda que também deverão ficar registados os últimos sinais vitais, após a entrega do doente. Uma cuidadosa preparação dos registos deve ser assegurada pelo enfermeiro (Cunha, in Rodrigues e Martins, 2012), de modo a fornecer toda a informação necessária à equipa do hospital de destino. A preparação dos registos não deve atrasar o transporte, sendo que a informação mais importante deverá ser transmitida verbalmente nestas circunstâncias (ACCCM, 2004).

Para além da importância da comunicação com os elementos da equipa multidisciplinar envolvida no transporte, surgiram também evidências da importância da comunicação com o doente crítico e/ ou família.

O doente crítico consciente e/ ou o seu representante legal, devem ser informados acerca dos motivos da necessidade do transporte (ICS, 2011; OM e SPCI, 2008). Os regulamentos atuais e a boa prática clínica mandam que um doente consciente, ou representante legal de um doente inconsciente ou inimputável, forneça o consentimento informado antes do transporte, após discussão dos riscos e benefícios do mesmo, sendo, portanto, envolvidos no processo de decisão do transporte (ACCCM, 2004; Sethi e Subramanian, 2014). É também importante que a equipa de transporte se certifique que os familiares estão informados acerca do destino final do doente (OM e SPCI, 2008). O enfermeiro assume, neste contexto, um papel fundamental no que diz respeito à gestão da comunicação interpessoal com o doente crítico e família.

Rodrigues e Martins (2012) referem que existe alguma preocupação por parte dos enfermeiros em fornecer informações ao doente crítico e família, constituindo parte do apoio e da relação de ajuda. Esta comunicação entre o enfermeiro e doente e/ ou família é deveras desafiante, uma vez que é necessário saber lidar com o stress e as preocupações destes doentes e famílias ao mais alto nível. No entanto, cabe ao enfermeiro esta gestão da comunicação, que deverá ser eficaz, uma vez que, como referem Mehmet [et al.] (2011), a comunicação poderá também ter efeitos na satisfação dos doentes/ familiares.



## **Gestão de eventos críticos**

O transporte inter-hospitalar de doentes críticos encontra-se sujeito à ocorrência de inúmeros eventos críticos. O papel dos profissionais envolvidos no transporte é detetar os eventos críticos precocemente e implementar uma resposta adequada para os mesmos o mais rapidamente possível, de modo a garantir um transporte seguro (Blakeman e Branson, 2013).

O conhecimento teórico, proveniente da formação, confere ao enfermeiro um olho clínico que conduz a uma avaliação mais rápida e precisa do doente crítico (Abelsson e Lindwall, 2012). Esta capacidade do enfermeiro de avaliar rápida e adequadamente um doente crítico, encaixa-se também na gestão de eventos críticos, na medida em que lhe vai conferir uma maior capacidade para prevenir incidentes durante o transporte que se encontram relacionados com a deterioração do estado clínico do doente.

Estar preparado para lidar com situações de emergência engloba a capacidade de observação da situação, através da mobilização de conhecimentos, e a capacidade para agir, que é conseguida através da experiência profissional adquirida (Abelsson e Lindwall, 2012). Esta capacidade para lidar com situações de emergência surge também como importante para o enfermeiro no transporte inter-hospitalar de doentes críticos, no sentido em que este terá de demonstrar capacidade para agir num curto espaço de tempo, evidenciando mesmo assim um bom nível de desempenho.

Em situações de emergência, a tomada de decisão tem muitas vezes de ser realizada num curto espaço de tempo (Reimer e Moore, 2010; Rodrigues e Martins, 2012; Sarhangi [et al.], 2015). A experiência mostra ainda que os erros mais fatais ocorrem em situações críticas, quando os profissionais não são capazes de tomar decisões informadas e inteligentes (Sarhangi [et al.], 2015). Sendo assim, o enfermeiro deverá garantir tomadas de decisão eficazes e sensatas num curto espaço de tempo, contribuindo para o sucesso do transporte, ou seja, otimizando os resultados para os doentes.

É, portanto, essencial que o enfermeiro evidencie um bom nível de desempenho perante a necessidade de agir num curto espaço de tempo, conseguido através de uma avaliação rápida e adequada do doente crítico, da capacidade para lidar facilmente com situações de emergência e ainda através da garantia de tomadas de decisão eficazes e sensatas no momento.

Os enfermeiros a trabalhar em SIV, participantes do estudo de Oliveira e Martins (2013), referem receio relacionado com o facto de poderem não conseguir responder de forma rápida e adequada às exigências das situações. Este receio salienta a importância de os enfermeiros serem capazes de responder de forma rápida e adequada às exigências das situações, de modo a conseguirem responder adequadamente aos imprevistos que possam surgir.

Durante o transporte inter-hospitalar, são vários os eventos críticos que podem ocorrer, desde falha técnica do equipamento até instabilidade fisiológica severa do doente crítico (Blakeman e Branson, 2013). A necessidade de ter de lidar com o desconhecido, nomeadamente a incerteza da evolução clínica do doente, é causador de ansiedade para os enfermeiros (Rodrigues e Martins, 2012) e a incerteza de serem capazes de lidar com as situações são geradoras de preocupações (Gustafsson, Wennerhold e Fridlund, 2010). Pressupõe-se daqui que seja de elevada importância que o enfermeiro consiga lidar com qualquer ocorrência que possa surgir.

Perante estes dados, considera-se que o enfermeiro deverá ser capaz de responder adequadamente aos imprevistos que possam surgir durante o transporte inter-hospitalar de doentes críticos, através da capacidade de resposta rápida e adequada às exigências das situações e da capacidade demonstrada para lidar com qualquer ocorrência que possa surgir durante o mesmo.

### **Melhoria contínua da qualidade**

A experiência de transportar doentes críticos possibilita aos enfermeiros a reflexão sobre a sua ação e consequente aprendizagem (Martins e Martins, 2010; Rodrigues e Martins, 2012). Através da reflexão sobre a sua ação, os enfermeiros adquirem conhecimento que, por sua vez, também resulta da experiência (Abelsson e Lindwall, 2012). Sabe-se que durante um transporte inter-hospitalar as coisas nem sempre correm como planeado e como desejado, e é através da reflexão que o enfermeiro poderá perceber o que correu menos bem e o que poderia ter sido feito para correr de outra forma. Sendo assim, é importante que o enfermeiro demonstre capacidade de reflexão sobre a sua ação, o que contribuirá para a sua aprendizagem e consequentemente, para a melhoria dos cuidados prestados em situações futuras.

A avaliação do transporte através de momentos reflexivos contribui para a diminuição de ocorrência de eventos críticos durante o transporte de doentes críticos (Lopes e Frias, 2014; Oliveira e Martins, 2013). A avaliação da prática de cuidados durante o transporte deverá então ser realizada pelo enfermeiro, no sentido de poder refletir sobre o seu desempenho profissional após a realização de cada transporte e contribuir assim para o sucesso dos mesmos.

No estudo de Abellsson e Lindwall (2012) fala-se da necessidade de confirmação, isto é, na necessidade de feedback relativamente à abordagem do doente, que proporcionará conhecimento e experiência para a próxima atuação, sublinhando-se que se esta hetero e autoavaliação não forem realizadas, existirá sempre o risco de abordar os doentes críticos de forma continuamente errada. A partilha das experiências vividas durante o transporte com outros colegas é uma forma de poderem lidar com uma situação stressante, pois esta partilha serve para reafirmar que as suas ações foram as corretas (Gustafsson, Wennerhold e Fridlund, 2010). Abellsson e Lindwall (2012) falam ainda da validação dos conhecimentos, na medida em que é importante saber que as suas intervenções estão de acordo com as guidelines, que servem de suporte para a abordagem e para a gestão de responsabilidades. Sendo assim, pode afirmar-se que para além de uma avaliação de prática de cuidados através da reflexão, deverá ainda ser realizada uma heteroavaliação da sua prática, e também a validação da mesma com recurso ao conhecimento das diretrizes e recomendações existentes para o transporte inter-hospitalar.

No âmbito da melhoria contínua da qualidade, as organizações envolvidas no transporte devem ter um sistema de gestão de qualidade eficaz que avalie o nível de cuidados prestados, o processo e a logística do transporte (AAGBI, 2009; ACEM, ANZCA e CICMANZ, 2015) e que faça recomendações para melhorias apropriadas (ACEM, ANZCA e CICMANZ, 2015). Sendo assim, parece lógico poder afirmar que o enfermeiro que realiza transporte inter-hospitalar deverá colaborar com as entidades responsáveis pela avaliação do transporte, no sentido de contribuir para a melhoria da qualidade dos mesmos.

As recomendações apontam para que os profissionais que realizam transporte devem estar envolvidos em programas de acompanhamento e auditorias do transporte de doentes críticos, que examinam os problemas relatados durante mesmo (ENA, 2010; OM e SPCI, 2008), contribuindo assim para a identificação de estratégias para melhorar os cuidados ao doente e a segurança durante o transporte (ENA, 2010). Neste sentido, também é

recomendado que sejam reportados os incidentes críticos às entidades responsáveis (ACEM, ANZCA e CICMANZ, 2015; ICS, 2011).

Os profissionais envolvidos no transporte deverão participar ainda em estudos que examinem problemas/ complicações relacionados com o transporte inter-hospitalar de doentes críticos e que identifiquem estratégias para melhorar a qualidade dos cuidados prestados e a segurança durante o mesmo (ENA, 2010).

Com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados, o transporte inter-hospitalar de doentes críticos deverá ser avaliado e alvo de reflexão por parte de quem o realiza, de modo a potenciar a aprendizagem com base na experiência e consequente melhoria da qualidade dos cuidados. A colaboração com as entidades responsáveis pela avaliação do transporte, através da participação em programas de acompanhamento e auditorias, da comunicação de incidentes críticos e do envolvimento em estudos que examinem os problemas relatados durante o transporte, surge assim como importante para o desempenho do enfermeiro neste contexto, uma vez que garantem a melhoria da qualidade dos cuidados.

### **Compromisso ético**

O compromisso ético, neste contexto, diz respeito às responsabilidades éticas inerentes à prática profissional do enfermeiro no transporte inter-hospitalar de doentes críticos.

Da bibliografia consultada, apenas uma guideline para o transporte inter-hospitalar de doentes críticos (ICS, 2011) e dois artigos científicos (Rodrigues e Martins, 2012; Swickard [et al.], 2014) salientam preocupações relativamente a questões éticas relacionadas com o transporte inter-hospitalar de doentes críticos. Apesar disso, considera-se que as questões éticas inerentes a este contexto de cuidados são fundamentais, motivo pelo qual não poderiam deixar de ser incluídas neste trabalho.

Durante o transporte inter-hospitalar de doentes críticos, o enfermeiro vê-se confrontado com diversos dilemas éticos, relacionados com a tomada de decisão, com a privacidade do doente, com a gestão da informação e com a confidencialidade da mesma (Rodrigues e Martins, 2012).

No que diz respeito aos processos de tomada de decisão, o enfermeiro deverá ajudar doente e família a resolver questões éticas e clínicas (Swickard [et al.], 2014). Esta questão

encontra-se relacionada com o consentimento informado, que deverá ser fornecido pelo doente e/ ou representante legal, aquando da decisão de realizar o transporte, após exposição dos riscos e benefícios do mesmo, e também aquando da necessidade de qualquer intervenção ou procedimento, que deverão ser sempre realizados com base no princípio da beneficência, tendo como objetivo os melhores resultados para o doente.

Relativamente à gestão da informação solicitada pelo doente e pela família, os enfermeiros envolvidos no estudo de Rodrigues e Martins (2012), revelaram preocupação de garantir a titularidade da informação ao doente, transmitindo informação também à família se for vontade expressa do próprio. Neste estudo verificou-se também que ao prestarem informações ao doente críticos, os enfermeiros têm em conta o princípio da beneficência. Surge aqui também a questão da confidencialidade da informação clínica relativa ao doente crítico, dentro do quadro legal e ético, que deverá ser também garantida pelo enfermeiro.

No que diz respeito à garantia da privacidade do doente, este é um princípio que deve ser assegurado em todo e qualquer contexto de prestação de cuidados, logo, o transporte inter-hospitalar não é exceção. É importante que o enfermeiro tenha em consideração a questão da privacidade durante todo o transporte (Rodrigues e Martins, 2012), com especial atenção para os momentos em que o doente sai do serviço de origem até à ambulância e em que sai desta até ao local de destino, uma vez que há sempre passagem por corredores hospitalares, que possivelmente se encontrarão movimentados.

Ainda no que diz respeito ao compromisso ético, nenhum doente deve ser submetido a nenhuma intervenção que não seja para o seu melhor interesse, podendo mesmo ser considerado não ético transferir um doente para fora de uma UCI com o só propósito de dar vaga a outro (ICS, 2011). O enfermeiro deve trabalhar para o melhor interesse do doente e família, identificando e ajudando a resolver problemas éticos e preocupações dentro e fora do cenário clínico (Swickard [et al.], 2014). O enfermeiro deverá então assumir o compromisso de atuar sempre na defesa do melhor interesse do doente crítico.

O enfermeiro, durante o transporte inter-hospitalar de doentes críticos, deverá ainda ser capaz de integrar diferenças culturais no plano de cuidados, tais como, crenças religiosas, género, raça, etnia, estilo de vida, status socioeconómico, idade e valores (Swickard [et al.], 2014), adaptando os cuidados prestados às diferentes necessidades de cada doente.



## **Parte II**

### **A CONSTRUÇÃO DA PROPOSTA DO PERFIL DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO NO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DE DOENTES CRÍTICOS**





## **Capítulo Um**

### **PERCURSO METODOLÓGICO**



Este capítulo aborda todo o percurso metodológico realizado neste estudo de investigação. De acordo com Fortin (2009), o percurso metodológico diz respeito a todo um conjunto de meios utilizados para responder à questão de investigação colocada inicialmente, englobando todos os aspetos que permitiram por em prática o estudo de investigação. Deste modo, encontram-se aqui descritos os meios necessários à sua realização e apresentada a fundamentação da sua escolha.

Inicialmente aborda-se a problemática do estudo em si, ou seja, é apresentada a justificação que sustenta a pertinência da realização deste estudo bem como os seus objetivos. De seguida, é descrito o desenho de estudo, com referência aos procedimentos realizados e à evolução e caracterização do painel de peritos. Finalmente, são apresentadas as considerações éticas relacionadas com o presente estudo de investigação.

## **1. DA PROBLEMÁTICA AOS OBJETIVOS DO ESTUDO**

O transporte de doentes críticos tem vindo a ser motivo de interesse e preocupação por parte dos profissionais de saúde, tanto a nível nacional como internacional, sendo que nos últimos anos, muito se tem debatido acerca deste tema.

Existem vários documentos com recomendações para a realização do transporte de doentes críticos, publicados por organizações de referência como OM e SPCI (2008) a nível nacional e AAGBI (2009), ACCCM (2004), ACEM, ANZCA e CICMANZ (2015), ENA (2010) e ICS (2011) a nível internacional, onde são abordados temas específicos relativos ao transporte, nomeadamente a equipa que o realiza.

Existem evidências de que o recurso a equipas específicas dedicadas ao transporte inter-hospitalar de doentes críticos melhora os resultados do mesmo, pois evita-se assim um número elevado de incidentes que poderão ocorrer durante a sua realização (ICS, 2011). Pressupõe-se que o enfermeiro, enquanto elemento da equipa de transporte, possua um determinado conjunto de competências necessárias para conseguir lidar com as especificidades inerentes ao transporte inter-hospitalar de doentes críticos, de modo a que este ocorra em segurança e com os melhores resultados possíveis para o doente. Deste modo, evidencia-se a importância de conhecer as competências do enfermeiro neste contexto de cuidados.

Apesar de amplamente defendida a existência de equipas dedicadas ao transporte, com treino específico e experiência regular (AAGBI, 2009; ACCCM, 2004; ACEM, ANZCA e

CICMANZ, 2015; ENA, 2010; ICS, 2011; OM e SPCI, 2008; Sethi e Subramanian, 2014) que lhes permita lidar com as especificidades inerentes ao transporte e que lhes garanta familiarização com o ambiente do mesmo, e ainda com formação contínua (em emergência em geral e em especificidades do transporte) (ACEM, ANZCA e CICMANZ, 2015; ENA, 2010; OM e SPCI, 2008), sabe-se que o que acontece na realidade é bem diferente. Na atualidade e em diversos contextos a nível nacional, tanto em contexto de serviços de urgência ou cuidados intensivos, como em qualquer outro serviço de internamento, o enfermeiro que realiza o transporte é muitas vezes o enfermeiro responsável por aquele doente naquele turno específico, independentemente da sua experiência profissional, da sua experiência em transporte ou mesmo da sua formação específica. Portanto, nem sempre são cumpridas todas as recomendações existentes relativas ao transporte secundário de doentes críticos.

Sabe-se que a investigação e a prática profissional estão interligadas, pelo que muitos problemas de investigação surgem nos locais da prática profissional (Fortin, 2009). Num serviço de internamento de um hospital da região norte de Portugal, em que por diversas vezes há necessidade de efetuar transportes inter-hospitalares de doentes em estado crítico para outras instituições de saúde onde existam cuidados e recursos mais diferenciados, foram sentidas preocupações relativamente a esses mesmos transportes. Essas preocupações encontram-se relacionadas sobretudo com o domínio das competências necessárias ao enfermeiro que integra a equipa de transporte do doente crítico, surgindo muitas vezes a dúvida acerca de qual deverá ser o enfermeiro a acompanhar o doente nestas situações, uma vez que não existe na referida instituição hospitalar uma equipa dedicada ao transporte. Para além destas preocupações, são também frequentemente referidas pelos enfermeiros do serviço em questão, diversas dificuldades sentidas durante a realização de transportes inter-hospitalares de doentes críticos, nomeadamente em relação à mobilização de competências que consideram necessárias para a realização do referido transporte e que por vezes reconhecem estar em falta.

Reconhece-se que a bibliografia existente nesta área específica não é extensa, porém, na última década, as publicações relativas ao transporte de doentes críticos têm vindo a aumentar consecutivamente, o que revela uma maior preocupação em torno desta temática.

Vários estudos acerca da identificação das competências profissionais em diversas áreas de cuidados têm vindo a ser publicados nos últimos anos, o que denota preocupação por uma prática profissional de qualidade (Jogerst [et al.], 2015; Santos e Torres, 2012; Sousa e

Alves, 2015; Taylor [et al.], 2016; Van Houwelingen, 2016; Wallengren, 2011; Witt [et al.], 2014). Também a OE, visando regulamentar a certificação de competências para a prática de Enfermagem, definiu o perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais (OE, 2012), o perfil de competências comuns do enfermeiro especialista bem como as competências específicas para cada área de especialização em enfermagem (OE, 2009). No entanto, nenhum estudo ou documento que constituísse o perfil de competências necessárias ao enfermeiro no transporte de doentes críticos foi encontrado.

Sendo o transporte inter-hospitalar de doentes críticos um tema pertinente e atual, parece importante conhecer quais são as competências do enfermeiro necessárias para a sua atuação nesta área de cuidados. Como tal, esta investigação parece pertinente no sentido de permitir a identificação de um perfil de competências do enfermeiro que realiza o transporte inter-hospitalar de doentes críticos e de facilitar o processo de tomada de decisão acerca de quem deve integrar as equipas de transporte. Poderá ainda ser útil para permitir às instituições hospitalares a verificação das competências desejadas que se encontram menos desenvolvidas nos seus profissionais, de modo a ser promovida formação orientada. Deste modo, a questão de investigação que se coloca é a seguinte: “Quais as competências do enfermeiro no transporte inter-hospitalar de doentes críticos?”, pretendendo como objetivo geral, construir uma proposta de perfil de competências do enfermeiro no transporte inter-hospitalar de doentes críticos.

Decorrentes deste, formularam-se os seguintes objetivos específicos:

- Identificar competências do enfermeiro no transporte inter-hospitalar de doentes críticos;
- Obter consenso relativamente a um conjunto de competências do enfermeiro no transporte inter-hospitalar de doentes críticos.

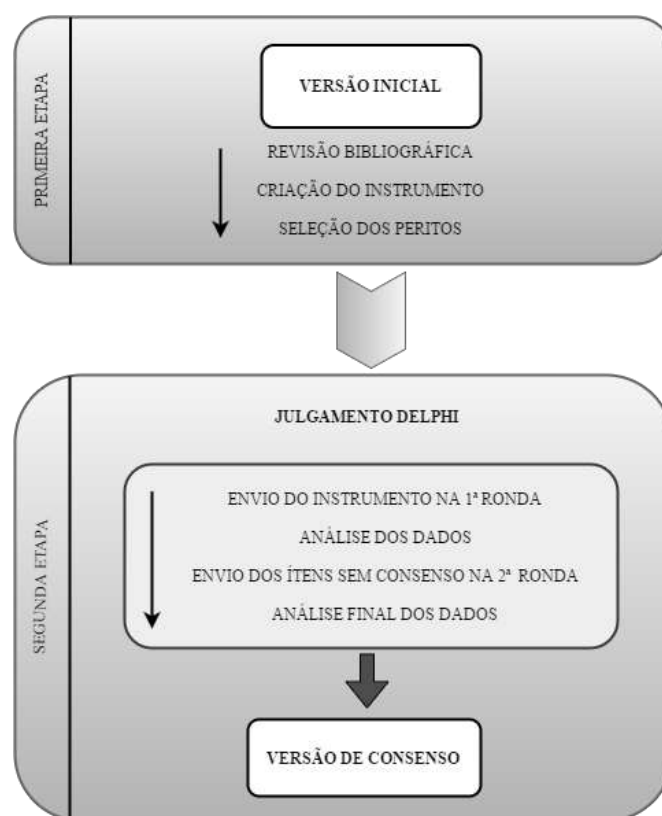
## **2. DESENHO DE ESTUDO**

Face aos objetivos, optou-se por realizar um estudo de carácter exploratório/ descritivo. Collado, Lucio e Sampieri (2006) referem que os estudos exploratórios são realizados quando se pretende estudar um tema que ainda é pouco conhecido ou ainda não foi sequer abordado e que os estudos descritivos recolhem dados sobre diversas dimensões da problemática a ser estudada. Sendo assim, o presente estudo desenvolveu-se em duas etapas. A primeira reporta à construção de uma versão inicial do instrumento, constituído

por um conjunto de competências do enfermeiro no transporte inter-hospitalar de doentes críticos. A segunda, à obtenção de uma versão de consenso, por meio do julgamento de um painel de peritos, em que o recurso à técnica de Delphi, como meio de recolha de dados, pareceu ser a opção mais adequada.

A Figura 1 ilustra, de forma resumida, os procedimentos metodológicos utilizados.

Figura 1. - Etapas do estudo



Passa-se em seguida à descrição dos procedimentos metodológicos relativamente à primeira e segunda etapa da construção do instrumento.

## 2.1 Procedimentos

No sentido de identificar as competências do enfermeiro no transporte inter-hospitalar de doentes críticos que permitissem a construção de um documento inicial, procedeu-se a uma revisão de literatura com recurso a várias bases de dados bibliográficas (Pub Med, B-On e Scielo). As palavras-chave utilizadas para a pesquisa, de acordo com a taxonomia do

Medical Subject Headings (MeSH), foram as seguintes: *clinical competence, nursing, patient transfer, critical care*. Foi ainda realizada uma pesquisa manual no Google Académico, no sentido de permitir a identificação de outras publicações que correspondessem aos objetivos do estudo.

Substituiu-se assim a primeira etapa da técnica de Delphi que, normalmente, consiste numa fase exploratória através do envio de um questionário com questões abertas que permite aos participantes responder livremente (Capelas, 2013), tal como realizado em outros estudos que utilizaram a técnica de Delphi para identificação de competências de profissionais de saúde, incluindo de enfermeiros, em diferentes contextos de cuidados (Capelas, 2013; Sousa e Alves, 2014; Van Houwelingen [et al.], 2016; Taylor [et al.], 2016).

Percebeu-se que a bibliografia existente nesta área específica não é extensa, porém, na última década, as publicações relativas ao transporte inter-hospitalar de doentes críticos têm vindo a aumentar progressivamente, o que revela uma maior preocupação em torno desta temática. Dos artigos encontrados, foram selecionados aqueles que mais se relacionam com os objetivos do estudo, ou seja, aqueles que contribuíram para identificação de competências do enfermeiro no transporte inter-hospitalar de doentes críticos. O outro critério tido em consideração foi o ano de publicação, uma vez que apenas foram considerados artigos com cinco ou menos anos (data igual ou posterior a 2010). Foram então selecionados 19 artigos: três de revisão de literatura (Blakeman e Branson, 2013; Droogh [et al.], 2015; Sethi e Subramanian, 2014), dois que abordam determinadas especificidades do transporte inter-hospitalar de doentes críticos (Comeau, Armendariz-Batiste e Woodby, 2015; Droogh [et al.], 2012), sete relacionados com o papel do enfermeiro no transporte inter-hospitalar de doentes críticos (Gustafsson, Wennerhold e Fridlund, 2010; Lopes e Frias, 2014; Martins e Martins, 2010; Reimer e Moore, 2010; Rodrigues e Martins, 2012; Scuissiato, 2012; Swickard [et al.], 2014), cinco relacionados com cuidados de enfermagem em contexto pré-hospitalar, que também envolve o transporte de doentes críticos (Abelsson e Lindwall, 2012; Almeida [et al.], 2011; Oliveira e Martins, 2013; Romanzini e Bock, 2010; Sarhangi [et al.], 2015), e dois que abordam o treino de competências em enfermagem relacionados com o tema em estudo (Campbell [et al.], 2015; Mehmet [et al.], 2011).

Para além de artigos de cariz científico, foram também consultadas as principais recomendações nacionais (OM e SPCI, 2008) e internacionais (AAGBI, 2009; ACCCM,

2004; ACEM, ANZCA e CICMANZ, 2015; ENA, 2010; ICS, 2011) relativas ao transporte inter-hospitalar de doentes críticos, com o objetivo de identificar competências relativas ao enfermeiro nessa área.

Através da análise das diversas recomendações existentes, bem como dos artigos selecionados, identificaram-se diversos critérios de competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) do enfermeiro no transporte inter-hospitalar de doentes críticos (Carbone [et al.], in Brandão e Bahry, 2005; Ruzzarin, in Amaral [et al.], 2008). Depois de devidamente agrupados por semelhanças, foram então identificados os domínios das competências, com recurso não apenas às várias recomendações para o transporte de doentes críticos e artigos científicos consultados, como também a documentos como o Caderno Temático do Modelo de Desenvolvimento Profissional (OE, 2009) e o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (OE, 2010). A descrição das competências identificadas teve em conta as recomendações de Brandão e Bahry (2005), Bruno-Faria e Brandão, citados por Brandão e Bahry (2005) e ainda de Carbone Brandão e Leite, citados por Brandão [et al.] (2008).

A estruturação do instrumento teve por base o que é preconizado pela OE (2011). As competências foram então apresentadas tendo em conta:

- O Domínio de competência, como sendo um conjunto de competências com linha condutora semelhante;
- Os Critérios de avaliação, que assentam numa lista integrada dos aspetos que devem demonstrar desempenho competente no exercício profissional, que não são mais do que os saberes/ recursos (conhecimentos, habilidades e atitudes) necessários à observação/ verificação das competências.

Para além do recurso à pesquisa bibliográfica, a construção da versão inicial do instrumento teve o suporte das professoras orientadoras e de um juiz perito, selecionado pelo reconhecimento da experiência e competência profissional na área do transporte inter-hospitalar de doentes críticos, que procederam à validação aparente do seu conteúdo (Scarparo [et al.], 2012).

A versão inicial englobava 73 afirmações: 59 critérios de avaliação, agrupados em 14 competências, que por sua vez foram organizados em nove domínios. Acrescentou-se uma secção destinada aos dados sociodemográficos dos participantes e ainda uma questão



aberta, onde se pretendia que fossem fornecidas sugestões/ observações para o estudo em questão. Associou-se uma escala de Lickert de cinco opções de resposta, em que: 1- Discordo completamente; 2- Discordo; 3- Não concordo nem discordo; 4- Concordo; 5- Concordo completamente. Cada participante teria de selecionar a pontuação correspondente de acordo com a sua concordância com as competências e critérios de avaliação apresentados.

Para validação de conteúdo das afirmações constantes no instrumento inicial e obtenção de consenso de um grupo de peritos em transporte inter-hospitalar de doentes críticos, a técnica de Delphi pareceu ser a opção mais adequada.

A técnica de Delphi é um método de colheita de dados que visa estabelecer um consenso num grupo de peritos sobre um determinado assunto, através de uma série de envios e retornos de questionários (Fortin, 2009). A sua utilização está indicada em situações em que exista falta de informação acerca do problema em estudo (McMillan, King e Tully, 2016; Scarparo [et al.], 2012; Skulmoski, Hartman e Krahn, 2007), para examinar opiniões ou crenças (Fortin, 2009), para a criação de novas ideias (McMillan, King e Tully, 2016; Scarparo [et al.], 2012), para realizar previsões acerca do conhecimento que os peritos têm relativamente a determinado assunto (Fortin, 2009; Skulmoski, Hartman e Krahn, 2007) e ainda para estabelecer prioridades num determinado domínio (Fortin, 2009; McMillan, King e Tully, 2016).

A técnica de Delphi tem vindo a ser utilizada em investigação na área da saúde (Revorédo, 2015), nomeadamente em Enfermagem (Scarparo [et al.], 2012), tendo sido utilizada em estudos acerca da identificação de competências profissionais em determinadas áreas de cuidados (Jogerst [et al.], 2015; Santos e Torres, 2012; Sousa e Alves, 2015; Taylor [et al.], 2016; Van Houwelingen, 2016; Wallengren, 2011; Witt [et al.], 2014).

Scarparo [et al.] (2012) defendem que a utilização da técnica de Delphi em investigação em Enfermagem favorece a discussão de aspetos relevantes para o futuro da mesma, através da construção do consenso de opiniões de enfermeiros peritos em determinada área sobre os assuntos estudados.

A opção pela utilização da técnica de Delphi neste estudo encontra-se ainda reforçada pelas inúmeras vantagens que esta apresenta, pois é uma técnica flexível, permitindo múltiplas variações e aplicações (Iqbal e Papon-Yong, 2009), é acessível e económica (Revorédo, 2015; Iqbal e Papon-Yong, 2009), permitindo a participação de um grande

número de peritos, mesmo que geograficamente distantes (Revorédo, 2015; Silva [et al.], 2009) e garante ainda o anonimato das respostas (McMillan, King e Tully, 2016; Giovinazzo, 2001; Silva [et al.], 2009), aspeto que aliado ao pormenor de não existir reunião física dos peritos, reduz a influência da persuasão, da relutância em abandonar opiniões previamente assumidas e da dominância de peritos supostamente mais influentes sobre a opinião dos outros participantes (Giovinazzo, 2001).

As desvantagens da técnica de Delphi foram também consideradas aquando da decisão em utilizá-la neste estudo. São reconhecidas como desvantagens, o longo período de tempo que poderá ser exigido para a sua aplicação (McMillan, King e Tully, 2016; Hsu e Standford, 2007), a possibilidade da taxa de respostas ser baixa, devido às repetidas interações com os peritos através do envio de questionário (Hsu e Standford, 2007), a exigência de um elevado nível de compromisso dos peritos, para evitar níveis de desistência elevados, o facto de as generalizações serem limitadas, pois outro painel poderia ter chegado a diferentes resultados, o facto de não haver universalidade dos critérios de consenso, o método de seleção de peritos poder não ser o mais correto e ainda a possibilidade de poder faltar riqueza e profundidade encontrada nos grupos presenciais (Iqbal e Pison-Yong, 2009).

Apesar de existirem vantagens e desvantagens no que respeita à utilização desta técnica, Scarparo [et al.] (2012) referem que as vantagens superam largamente as desvantagens, apontando alguns aspetos que devem ser considerados aquando da sua aplicação em estudos na área de Enfermagem, entre eles:

- A seleção dos peritos deve ser realizada de acordo com os objetivos do estudo, devendo ser claramente definidos os critérios de inclusão no painel de peritos;
- Deve ser efetuado um contacto prévio com os potenciais participantes do estudo, de modo a confirmar a sua intenção de participar no estudo;
- Ter em consideração os graus de abstenção relatado na literatura aquando da escolha do número de peritos que participarão no estudo;
- Identificar potenciais participantes através da técnica de amostragem em rede ou bola-de-neve;
- Construção de um instrumento de modo criterioso, após revisão adequada da literatura.

Depois da elaboração do instrumento inicial e da opção pela utilização da técnica de Delphi, como método de recolha de dados, a seleção dos participantes num estudo como este, é um passo de extrema importância, uma vez que a perícia na área em estudo é essencial para obter um consenso de ideias ou opiniões especializadas (Scarpato [et al.], 2012). Como tal, os mesmos autores referem que os critérios de inclusão na amostra deverão ser bem explícitos, na descrição do estudo. Os participantes foram portanto, selecionados com base na sua experiência e conhecimentos na área do transporte inter-hospitalar de doentes críticos, de modo a conferir consistência e credibilidade científica ao mesmo.

Uma vez que a amostra deste estudo foi constituída por peritos, importa clarificar o seu conceito, bem como os critérios de inclusão para a sua participação neste estudo.

Um perito é

“alguém cujo saber e educação num dado campo é reconhecida – e, aqui, tanto na perspectiva científica (no sentido mais lato do termo, e convencionalmente adquirida no ensino superior) como na prática (acumulada ao longo da sua experiência profissional” (Nunes, 2010, p. 3).

Um perito é, portanto, alguém que através da formação e da experiência profissional adquiriu conhecimentos e habilidades necessárias para atuar em determinada área, sendo reconhecido pelos seus pares como tal.

No âmbito da prática de cuidados de Enfermagem, Benner (2001), refere o termo “perito” para definir o enfermeiro que atingiu o seu desenvolvimento máximo em Enfermagem, sendo um enfermeiro perito definido como alguém com muita experiência e que age de forma intuitiva perante cada situação.

Perante estas definições de perito, surge a questão do tempo necessário para atingir a perícia numa determinada área ou contexto. De acordo com Nunes (2010), se um enfermeiro preencher os requisitos de um enfermeiro perito apontados por Benner (2001) e que detenha três a cinco anos de experiência no mesmo contexto de atuação, pode bem ser considerado como perito no domínio da prática de cuidados.

Para a seleção do painel de peritos, definiram-se como critérios: ser enfermeiro com experiência em transporte de doentes críticos de pelo menos três anos, em Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) preferencialmente, ou SIV, e que possuísse a Especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica.

Neste estudo, a seleção da amostra foi não aleatória, intencional, constituída por indivíduos que correspondessem aos critérios de inclusão (Fortin, 2009), uma vez que a intenção foi seleccionar enfermeiros peritos no transporte inter-hospitalar de doentes críticos. Recorreu-se também à amostragem em rede, também conhecida como “bola de neve”, na qual os peritos recrutados inicialmente sugeriram, a pedido do investigador, outros possíveis participantes por possuírem os mesmos critérios de inclusão (Fortin, 2009).

Para McMillan, King e Tully (2016), não existem critérios definidos para o número de participantes no painel de Delphi. No entanto, quando o grupo de peritos é homogéneo, considera-se que uma amostra entre 10 a 15 participantes é o suficiente para produzir resultados (Skulmoski, Hartman e Krahn, 2007), pois mais importante do que o número de participantes é a qualificação dos mesmos no assunto a ser estudado (Sicarparo [et al.], 2012). Apesar de não se pretender representatividade estatística quanto ao número de participantes, foram levados em consideração os níveis de abstenção considerados na literatura de cerca de 30 a 50% na 1ª ronda (Wright e Giovinazzo, in Scarparo [et al.], 2012). Sendo assim, os participantes deste estudo consistiram em 16 enfermeiros das regiões norte, centro e sul do país, que responderam aos critérios de inclusão estabelecidos.

Uma vez identificados os potenciais participantes, foi efetuado um contacto prévio com cada um deles, por e-mail, onde foi realizada uma síntese explicativa do estudo, no sentido de ficar a conhecer a sua disponibilidade e interesse para participar no mesmo e ainda para prevenir a sua abstenção. Foram explicados os objetivos, em que consiste a técnica de Delphi e também como se encontraria estruturado o instrumento de recolha de dados, nomeadamente a forma como estariam destacadas as competências e respetivos critérios de avaliação, integrados nos vários domínios.

Após confirmação da intenção de colaborar no estudo, foi enviado um novo e-mail com um convite formal para a sua participação (Apêndice B). Neste e-mail individual, constava um link eletrónico de acesso ao consentimento informado (Apêndice C), onde o participante teria de seleccionar se concordava ou não com a sua participação no estudo, sendo que a sua concordância era condição essencial para a abertura e possível preenchimento do instrumento de recolha de dados.

Para concretização dos passos mencionados anteriormente, recorreu-se ao aplicativo Google Docs, disponível na Internet, onde se introduziu o documento, permitindo o seu preenchimento e gestão electrónica (Apêndice D).

Optou-se pelo recurso à Internet para aplicação da técnica de Delphi (Delphi Online), pela boa aceitação por parte dos participantes em estudos realizados na área de Enfermagem (Scarparo [et al.], 2012) e essencialmente pelo acréscimo de vantagens apontadas na literatura, tanto para o investigador como para os participantes. Surgem como vantagens: a conveniência fornecida por este modo de interação (Iqbal e Papon-Yong, 2009; Skulmoski, Hartman e Krahn, 2007); tempos de resposta rápidos, que ajudam a manter o entusiasmo, evitando a perda de interesse dos participantes; os dados surgem logo em formato digital, o que elimina o processo de transcrição (Skulmoski, Hartman e Krahn, 2007; Giovinazzo, 2001); tempo necessário para realizar o estudo reduzido; os custos (não há gastos de envio); e ainda o facto de o questionário online ser mais atrativo e flexível, tornando o seu preenchimento mais agradável e eficaz (Giovinazzo, 2001). Para além dos referidos aspetos, a técnica de Delphi Online respeita as características essenciais do método tradicional, que são a troca de informação e de opiniões entre os peritos para reavaliação nas rodadas subsequentes, o anonimato das respostas e a possibilidade de revisão de opiniões individuais perante a representação estatística das respostas dos restantes participantes do grupo (Giovinazzo, 2001).

O número mínimo de rondas de opiniões a realizar é de duas, tendo-se revelado um número suficiente, no entanto, mais rondas de opiniões podem ser realizadas, até que seja atingido consenso estipulado, ou até que o nível de discordância atinja a saturação (Scarparo [et al.], 2012; Skulmoski, Hartman e Krahn, 2007). Nos casos em que não exista alteração significativa (de pelo menos 15%) na concordância entre a ronda atual e a anterior, em pelo menos metade dos itens em que o consenso não foi alcançado, não deverão ser realizadas mais rondas (Page [et al.], 2015). Para além dos aspetos já referidos, acrescenta-se ainda o argumento de Giovinazzo (2001), que refere que em estudos com técnica de Delphi realizados pela Internet, são realizadas duas rondas, pois mais de duas tornar-se-ia desinteressante para os participantes, e apenas com duas rondas tem sido possível alcançar o consenso da maioria das questões discutidas. Deste modo, neste estudo optou-se pela realização de apenas duas rondas de opiniões.

A literatura indica que o nível de consenso deverá ser estabelecido pelo investigador, não havendo regras definidas para tal (Scarparo [et al.], 2012) e este deverá ficar definido no início do estudo (McMillan, King e Tully, 2016). De modo a determinar o grau de consenso dos participantes, a estatística mais utilizada inclui medidas de tendência central, tal como a mediana (Md), e medidas de dispersão, tal como o intervalo interquartil (IIQ)

(Iqbal e Papon-Yong, 2009; Hsu e Standford, 2007). Sendo assim, optou-se por um tratamento estatístico descritivo, com recurso aos critérios para determinar o grau de consenso propostos por Capelas (2013), que se baseiam no grau de concordância (soma da percentagem das opções de respostas 4 (Concordo) e 5 (Concordo Completamente)), na Md e no IIQ (Tabela 1).

Tabela 1. – Critérios para determinar o grau de consenso

<b>Grau de Consenso</b>	<b>Concordância</b>	<b>Mediana</b>	<b>Intervalo Interquartil</b>
<b>Muito Elevado</b>	$\geq 80\%$	5	0
<b>Elevado</b>	$\geq 80\%$	$\geq 4$	1
<b>Moderado</b>	60-79%	$\leq 4$	1
<b>Baixo</b>	$< 60\%$	4	$> 1$

Fonte: Capelas, 2013

Importa, portanto, clarificar os conceitos de Md e IIQ. A Md é o valor que situa no meio de uma fila ordenada de valores, desde o mais baixo ao mais alto. O valor da Md indica que 50% das respostas se encontra abaixo desse valor e os restantes 50% acima desse valor. O IIQ é a diferença entre o 3º quartil (75% da amostra) e o 1º quartil (25% da amostra), ou seja, onde se situam os 50% dos valores centrais. Quanto menor o valor do IIQ, maior é a concentração de opiniões.

Previu-se realizar este tratamento estatístico a todas as afirmações presentes no instrumento inicial, permitindo identificar o grau de consenso dos peritos relativamente a cada uma delas e consequentemente, determinar a sua inclusão ou exclusão na versão final.

Definiu-se para aceitação do consenso (critério de consenso para inclusão) que este teria de ser Elevado ou Muito Elevado (Capelas, 2013; Van Der Steen [et al.], 2014) e seriam excluídas todas as questões que não obtivessem qualquer grau de consenso na primeira ronda (Van Der Steen [et al.], 2014).

Uma vez terminada a 1ª ronda, os dados encontravam-se já em formato digital, e foram exportados para um programa de folha de cálculo, Excel, para proceder ao seu tratamento estatístico.

Terminada a análise estatística dos dados da 1ª ronda e o seu confronto com os graus de consenso previamente estipulado, foi elaborado um novo instrumento para envio aos participantes (Apêndice E). Na elaboração do questionário para a 2ª ronda, foram incluídas apenas as questões que obtiveram um grau de consenso moderado ou baixo na 1ª ronda, ou seja, todas as questões que não reuniram os critérios de consenso para inclusão ou exclusão previamente estabelecidos (Van Der Steen [et al.], 2014).

Este instrumento (composto por cinco afirmações referentes a quatro domínios de competências) foi acompanhado da informação estatística de cada resposta obtida na 1ª ronda de opiniões. Foi então solicitado a cada participante que analisasse a sua resposta, perante os resultados estatísticos obtidos para cada questão, podendo mantê-la ou alterá-la se assim o considerasse (Scarparo [et al.], 2012; Hsu e Standford, 2007).

Após realizada a análise estatística das respostas para a 2ª ronda, que permitiu identificar o grau de consenso dos peritos relativamente a cada afirmação apresentada, foi possível determinar quais as questões a ser incluídas e quais as excluídas, o que resultou na versão final da proposta de perfil de competências do enfermeiro no transporte inter-hospitalar de doentes críticos (Apêndice F).

## 2.2 Evolução e caracterização do painel de peritos

Dos 16 participantes (enfermeiros) no painel de peritos, a totalidade respondeu ao questionário enviado na 1ª ronda da Técnica de Delphi. Na 2ª ronda, responderam apenas 14 (87.5%), tendo havido uma perda de dois participantes (12.5%) em relação à amostra inicial (Tabela 2).

Tabela 2. – Evolução do painel de peritos por ronda

Painel de Peritos	1ª Ronda		2ª Ronda	
	N	(%)	N	(%)
<b>Enfermeiros</b>	16	100	14	87.5

Relativamente ao género, o painel de peritos inicial foi constituído por 43.8% de elementos do género feminino e 56.2% de elementos do género masculino (Tabela 3).

Tabela 3. – Género do painel de peritos

<b>Género</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>
<b>Feminino</b>	7	43.8
<b>Masculino</b>	9	56.2
<b>Total</b>	16	100

Relativamente à idade, variou entre 30 e 52 anos, com uma média de 37.6, mediana de 34.5 e desvio padrão de 6.9. Quanto à experiência profissional oscilou entre 8 e 25 anos, sendo a média 14.9, a mediana 12.5 e o desvio padrão 5.9. Em relação ao tempo de experiência profissional em transporte inter-hospitalar de doentes críticos, critério essencial utilizado na seleção dos peritos, esta varia entre 5 e 23 anos, com uma média de 12.1, mediana de 10 e com um desvio padrão de 4.9 (Tabela 4).

Tabela 4. – Estatística descritiva da idade, da experiência profissional e da experiência profissional em transporte inter-hospitalar de doentes críticos, em anos, do painel de peritos

	<b>Média</b>	<b>Mediana</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
<b>Idade</b>	37.6	34.5	6.9	30	52
<b>Experiência profissional</b>	14.9	12.5	5.9	8	25
<b>Experiência profissional em TIHDC</b>	12.1	10	4.9	5	23

Legenda: TIHDC- Transporte inter-hospitalar de doentes críticos

Por fim, apresentam-se os resultados da formação académica, que em conjunto com o tempo de experiência profissional em transporte inter-hospitalar de doentes críticos, constituíram os critérios fundamentais para a seleção dos peritos que integraram o painel deste estudo.

Tal como definido previamente, todos os peritos que participaram no estudo possuíam especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, sendo que 43.8% eram detentores de mestrado, 37.5% em Enfermagem Médico-Cirúrgica e 6.3% em Medicina e Catástrofe. Nenhum possuía doutoramento. Quanto à formação não graduada, 43.8% possuíam uma ou mais pós-graduações, sendo a de maior percentagem em Urgência e Emergência com 25%



das respostas, seguindo-se em Emergência e Trauma com 12.5% e por último, em Emergência e Catástrofe e em Formação de Formadores em Emergência, ambas com 6.3% cada. Relativamente aos outros cursos, surge-nos com maior proporção o curso de VMER com 56.3% das respostas, seguido do curso de SIV com 31 %, ambos ministrados pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) e do SAV com 25%, o International Trauma Life Support (ITLS) com 18.8%, o curso de Fisiologia de Voo e Segurança em Heliportos com 12.5% e o Trauma Nursing Core Course (TNCC) com 12,5% (Tabela 5).

Tabela 5. – Formação académica do painel de peritos

<b>Formação Académica</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>
<b>Mestrado</b>	7	43.8
Enfermagem Médico-Cirúrgica	6	37.5
Medicina de catástrofe	1	6.3
<b>Especialidade</b>	16	100
Enfermagem Médico-Cirúrgica	16	100
<b>Pós-Graduação</b>	7	43.8
Emergência e Catástrofe	1	6.3
Emergência e Trauma	2	12.5
Formação de Formadores em Emergência	1	6.3
Trauma e Catástrofe	1	6.3
Urgência e Emergência	4	25
<b>Outros Cursos</b>	16	100
Fisiologia de voo e segurança em heliportos	2	12.5
ITLS	3	18.8
SAV	4	25
SIV (INEM)	5	31.3
TNCC	2	12.5
VMER (INEM)	9	56.3

Legenda: SAV- Suporte Avançado de Vida; ITLS- International Trauma Life Support; SIV- Suporte Imediato de Vida; INEM- Instituto Nacional de Emergência Médica; TNCC- Trauma Nursing Core Course; VMER- Viatura Médica de Emergência e Reanimação.

Foram ainda referidos outros cursos, com uma percentagem de 6.3% cada um, como o Advanced Trauma Life Support (ATLS), Estabilização da Criança Doente, Evacuações Aeromédicas, Formador em SAV, Geriatric Education for Emergency Medical Services (GEMS), Paediatric Education for Pre hospital Professionals (PEPP), Pre Hospital Trauma Life Support (PHTLS), SBV com Desfibrilhador Automático Externo (DAE), Tactical Combat Casualty Care (TCCC), Transporte do Doente Crítico e Situações de Exceção e ainda Master of Business Administration (MBA) em gestão.

### 3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Com a realização deste estudo foram tidos em consideração vários aspetos de natureza ética que importa referir.

Atualmente, a investigação realizada junto de seres humanos é norteadada por diversos códigos de ética e regulamentos em matéria de investigação, cujos princípios serviram de base para realizar o exame crítico dos aspetos éticos deste estudo. São eles o Código de Nuremberga, a Declaração de Helsínquia, a Comissão Nacional Americana, os Conselhos de Investigação Canadiana e o Enunciado de Política dos Três Conselhos de Investigação.

Os princípios éticos nos quais se baseou este estudo assentam em torno do respeito pela dignidade humana presentes no Enunciado de Política dos Três Conselhos de Investigação, que constitui a norma ética de investigação com seres humanos: o respeito pelo consentimento livre e esclarecido, o respeito pela vida privada e confidencialidade das informações pessoais, o respeito pela justiça e pela equidade, o equilíbrio entre as vantagens e os inconvenientes, a redução dos inconvenientes e a otimização das vantagens.

O respeito pelo consentimento livre e esclarecido é um princípio ético que decorre do direito à autonomia (Fortin, 2009) e que se encontra relacionado com o direito à pessoa decidir voluntariamente em participar num determinado estudo de investigação, após informado de todos os aspetos inerentes ao mesmo. Neste estudo, foi obtido o consentimento de todos os participantes, que livre e voluntariamente decidiram participar, após informados e esclarecidos dos objetivos do estudo e dos métodos utilizados, bem como das vantagens e inconvenientes da sua participação. Foram ainda informados todos os participantes que poderiam cessar livremente a sua participação em qualquer etapa do estudo, sem qualquer tipo de consequências para o próprio.

O respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais envolve o direito à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade, sendo que o direito à intimidade ou à vida privada estão relacionados com o facto de o indivíduo, após devidamente informado, consentir livremente em fornecer informação de natureza pessoal (tais como opiniões ou atitudes) e a confidencialidade está relacionada com a gestão das informações pessoais fornecidas pelos participantes (Fortin, 2009). O respeito pela vida privada dos participantes foi assegurado na medida em que foi obtido o consentimento informado de todos os participantes do estudo. A confidencialidade dos dados foi assegurada na medida em que se garantiu que, em caso algum, os dados individuais serão revelados, ou seja, foi

garantido que os dados obtidos não permitirão a identificação dos participantes, mesmo se os resultados do estudo forem publicados. Uma vez que a colheita de dados foi realizada com recurso à técnica de Delphi Online, o anonimato torna-se impossível de assegurar na sua totalidade, uma vez que o investigador consegue saber quem são os participantes do estudo. No entanto, esta interação utilizada garante que os participantes do estudo permanem anónimos uns para os outros. É uma situação que foi referida por Keeney, Hasson e McKenna, citados por Page [et al.] (2015) como uma situação de “quasi-anonimato”.

“O princípio do respeito pela justiça e pela equidade remete para as noções de imparcialidade e de equidade na escolha ou na aplicação dos métodos, das normas e das regras e para a noção de objetividade no processo de avaliação” (Fortin, 2009, p. 190). Todos os participantes deste estudo foram tratados de forma justa e equitativa em todas as fases decorridas. A fim de assegurar este princípio os participantes não foram escolhidos em função de conveniências pessoais, mas sim pelo facto de se encontrarem diretamente ligados ao problema de investigação. Foram ainda informados da natureza, finalidade e duração da investigação, bem como dos métodos a utilizar.

O princípio do equilíbrio entre as vantagens e os inconvenientes, sendo considerado primordial em ética da investigação, compreende a consideração de todos os benefícios e todos os riscos para os participantes que poderão resultar da sua participação no estudo. Neste estudo, foram considerados os benefícios e riscos para os participantes e foram-lhes comunicados para que estes pudessem decidir livremente se era do seu interesse participar. Como este estudo se trata de uma investigação não experimental, as vantagens para os participantes não são diretas e consistem em aumentar os conhecimentos relativamente às competências do enfermeiro no transporte inter-hospitalar de doentes críticos. Relativamente aos riscos, os participantes foram informados que a sua participação não acarretaria riscos previsíveis, no entanto, poderia existir algum desconforto devido ao tempo dedicado a responder ao instrumento de colheita de dados. Sendo assim, pode considerar-se que este estudo respeita este princípio ético, uma vez que os inconvenientes são mínimos e não excedem as vantagens apresentadas.

O princípio da redução dos inconvenientes corresponde ao princípio da não maleficência, que determina neste caso que o investigador deve evitar expor os participantes a inconvenientes (Fortin, 2009). Como já referido, os inconvenientes serão mínimos e os

participantes estarão conscientes da sua existência antes da sua tomada de decisão em participar no estudo.

O princípio da otimização das vantagens corresponde ao princípio da beneficência, que consiste em querer o bem das pessoas e procurar para elas o maior número de vantagens possível (Fortin, 2009). As potenciais vantagens para os participantes deste estudo relacionam-se então com a sua contribuição para o avanço do conhecimento e eventualmente os benefícios que outras pessoas poderão tirar com o aumento do conhecimento decorrente do estudo de investigação em si.

Apresentada a problemática e os objetivos do estudo e descrito o desenho do mesmo, bem como as considerações éticas presentes, no capítulo seguinte são apresentados os resultados obtidos através das duas rondas da técnica de Delphi.

## **Capítulo Dois**

### **RESULTADOS**



Neste capítulo são apresentados os resultados obtidos através da aplicação da técnica de Delphi no decorrer das duas rondas realizadas, de acordo com os vários domínios de competências. Para o efeito vamos recorrer a tabelas onde se encontram representados os domínios, as **competências**, os critérios de avaliação inerentes e os graus de consenso obtidos.

No sentido de permitir uma melhor estruturação e compreensão, começa-se por apresentar os dados obtidos com a 1ª ronda e termina-se com os referentes à 2ª ronda.

Relativamente ao domínio *Formação e Experiência*, a competência 1.2 obteve o grau de consenso muito elevado e as restantes (1.1 e 1.3) atingiram o grau de consenso elevado. Sete dos critérios de avaliação (1.1.1, 1.1.2, 1.2.1, 1.2.2, 1.2.3, 1.2.4 e 1.3.2) alcançaram o grau de consenso muito elevado, enquanto cinco atingiram o consenso elevado (1.1.3, 1.2.5, 1.3.1, 1.3.4 e 1.3.5). Apenas o critério de avaliação 1.3.3 obteve valores que o colocam entre o grau de consenso moderado e baixo (Tabela 6).

Tabela 6. – Formação e experiência: concordância e graus de consenso

<b>1. Formação e Experiência</b>	<b>Concordância (%)</b>	<b>Md</b>	<b>IIQ</b>	<b>Consenso</b>
<b><i>1.1 Aplica um conjunto de conhecimentos específicos necessários às exigências do transporte inter-hospitalar de doentes críticos.</i></b>	100%	5	1	E
1.1.1 Demonstra conhecimentos e habilidades em Suporte Avançado de Vida.	100%	5	0	ME
1.1.2 Demonstra conhecimentos em suporte avançado de Trauma.	94%	5	0	ME
1.1.3 Demonstra conhecimento nas áreas de cuidados em urgência/ emergência e cuidados intensivos.	94%	5	1	E
<b><i>1.2 Usa experiência adquirida anteriormente, otimizando os resultados do transporte inter-hospitalar de doentes críticos.</i></b>	100%	5	0	ME
1.2.1 Aplica experiência profissional adquirida em contexto hospitalar.	100%	5	0	ME
1.2.2 Aplica experiência adquirida em contexto de realização de transportes inter-hospitalares de doentes críticos.	100%	5	0	ME
1.2.3 Demonstra habilidades para utilizar o equipamento de transporte.	100%	5	0	ME

1.2.4	Resolve problemas técnicos (relacionados com o equipamento de transporte) que possam ocorrer.	100%	5	0	ME
1.2.5	Demonstra conhecimento da ambulância de transporte bem como do meio envolvente ao transporte.	100%	5	0,75	E
<b>1.3</b>	<b><i>Desenvolve processos de formação contínua.</i></b>	100%	4	1	E
1.3.1	Investe em formação contínua específica relacionada com o transporte de doentes críticos.	88%	4	1	E
1.3.2	Realiza atualizações frequentes em Suporte Avançado de Vida.	94%	5	0	ME
1.3.3	Realiza treinos específicos em transporte de doentes críticos.	63%	4	2	B/M
1.3.4	Aproveita as oportunidades de aprender com outros elementos da equipa de transporte.	100%	5	1	E
1.3.5	Contribui para a formação profissional dos elementos da equipa de transporte.	100%	5	1	E

Legenda: Md- Mediana; IIQ- Intervalo interquartil; ME- Muito elevado; E-Elevado; M- Moderado; B- Baixo

No domínio *Planeamento e Organização*, a competência obteve o grau de consenso elevado. Quanto aos critérios inerentes, um (2.1.1) atingiu o grau de consenso muito elevado, dois (2.1.3 e 2.1.4) situaram-se no elevado. O critério 2.1.2 obteve resultados entre o grau de consenso moderado e baixo (Tabela 7).

Tabela 7. – Planeamento e organização: concordância e graus de consenso

<b>2. Planeamento e Organização</b>	<b>Concordância (%)</b>	<b>Md</b>	<b>IIQ</b>	<b>Consenso</b>
<b><i>2.1 Evidencia um planeamento e organização avançados do transporte de modo a evitar intercorrências indesejáveis durante o mesmo.</i></b>	94%	5	1	E
2.1.1 Garante que todo o equipamento necessário para o transporte esteja disponível e funcionante.	100%	5	0	ME
2.1.2 Utiliza listas de verificação (checklists) para confirmação de múltiplos fatores que interferem com o resultado final do transporte.	75%	5	1,75	B/M
2.1.3 Demonstra conhecimentos e habilidades para colaborar na avaliação e estabilização do doente crítico antes do transporte.	100%	5	1	E



2.1.4 Demonstra conhecimento da situação clínica do doente crítico e do seu histórico.	100%	5	1	E
--	------	---	---	---

Legenda: Md- Mediana; IIQ- Intervalo interquartil; ME- Muito elevado; E- Elevado; M- Moderado; B- Baixo

Dentro do domínio *Promoção da Segurança*, atingiu-se um grau de consenso elevado para a respetiva competência. Os critérios de avaliação 3.1.4 e 3.1.5 alcançaram o grau de consenso muito elevado e os restantes (3.1.1, 3.1.2 e 3.1.3) foram situados no grau de consenso elevado (Tabela 8).

Tabela 8. – Promoção da segurança: concordância e graus de consenso

3. Promoção da Segurança	Concordância (%)	Md	IIQ	Consenso
<b>3.1 Cria e mantém um ambiente de cuidados seguro.</b>	100%	5	1	E
3.1.1 Demonstra conhecimento dos princípios de segurança do transporte de doentes.	94%	5	1	E
3.1.2 Atua de acordo com as diretrizes (guidelines) existentes relativas ao transporte inter-hospitalar de doentes críticos.	100%	5	1	E
3.1.3 Demonstra conhecimento dos riscos potenciais associados ao transporte de doentes críticos (relacionados com as forças de movimento, de aceleração, desaceleração, efeitos de vibração e possíveis mudanças de temperatura).	100%	5	1	E
3.1.4 Antecipa e realiza cuidados que se prevejam necessários durante o transporte.	100%	5	0	ME
3.1.5 Toma medidas para a prevenção de possíveis complicações durante o transporte.	100%	5	0	ME

Legenda: Md- Mediana; IIQ- Intervalo interquartil; ME- Muito elevado; E-Elevado

No domínio *Prestação de cuidados*, a sua competência alcançou o grau de consenso muito elevado. O mesmo se observou para os critérios de avaliação 4.1.1 e 4.1.5. Os restantes, com exceção do 4.1.3 que obteve o grau de consenso moderado e baixo, alcançaram o consenso elevado (Tabela 9).

Tabela 9. – Prestação de cuidados: concordância e graus de consenso

<b>4. Prestação de cuidados</b>	<b>Concordância (%)</b>	<b>Md</b>	<b>IIQ</b>	<b>Consenso</b>
<b>4.1 Presta cuidados de qualidade ao doente crítico.</b>	100%	5	0	ME
4.1.1 Demonstra capacidade para cuidar do doente crítico em ambiente de transporte, longe da segurança e do ambiente controlado da unidade hospitalar.	100%	5	0	ME
4.1.2 Presta cuidados ao doente crítico com a mesma qualidade dos cuidados prestados no serviço de origem.	94%	5	1	E
4.1.3 Promove apoio psicológico ao doente crítico e família.	69%	4	1,75	B/M
4.1.4 Executa intervenções/ procedimentos específicos de elevada complexidade necessários à manutenção da estabilidade do doente crítico.	94%	5	0,75	E
4.1.5 Executa monitorização adequada do doente crítico durante o transporte.	94%	5	0	ME
4.1.6 Demonstra conhecimentos e habilidades para usar o ventilador portátil.	100%	5	1	E
4.1.7 Demonstra conhecimento sobre a administração de terapêutica que pode ser necessária durante o transporte (incluindo sedativos, relaxantes musculares, inotrópicos e vasopressores).	94%	5	1	E
4.1.8 Reconhece a gravidade ou não de uma situação mediante a abordagem de um doente crítico.	100%	5	1	E
4.1.9 Previne o agravamento do estado clínico do doente crítico durante o transporte.	100%	5	1	E
4.1.10 Demonstra habilidades para reconhecer mudanças súbitas no estado clínico do doente crítico.	100%	5	1	E
4.1.11 Demonstra habilidades para responder às mudanças súbitas do estado clínico do doente crítico.	100%	5	1	E

Legenda: Md- Mediana; IIQ- Intervalo interquartil; ME- Muito elevado; E-Elevado; M- Moderado; B – Baixo

Em relação ao domínio *Trabalho de Equipa e Cooperação*, a competência que o integra obteve o grau de consenso muito elevado. No entanto, todos os critérios de avaliação que a compõem atingiram o grau de consenso elevado (Tabela 10).

Tabela 10. – Trabalho de equipa e cooperação: concordância e graus de consenso

<b>5. Trabalho de Equipa e Cooperação</b>	<b>Concordância (%)</b>	<b>Md</b>	<b>IIQ</b>	<b>Consenso</b>
<b><i>5.1 Evidencia capacidade para trabalhar em equipa.</i></b>	100%	5	0	ME
5.1.1 Concilia diferentes opiniões, inter e intraprofissionais.	100%	5	1	E
5.1.2 Partilha conhecimentos e dúvidas com os restantes elementos da equipa de transporte.	100%	5	1	E
5.1.3 Apoia os restantes elementos da equipa de transporte, nomeadamente elementos mais novos e inexperientes.	100%	5	0,75	E
5.1.4 Procura apoio de elementos da equipa de transporte mais experientes.	94%	5	1	E

Legenda: Md- Mediana; IIQ- Intervalo interquartil; ME- Muito elevado; E-Elevado

No domínio *Comunicação*, as duas competências alcançaram o grau de consenso elevado, assim como os respetivos critérios de avaliação (Tabela 11).

Tabela 11. – Comunicação: concordância e graus de consenso

<b>6. Comunicação</b>	<b>Concordância (%)</b>	<b>Md</b>	<b>IIQ</b>	<b>Consenso</b>
<b><i>6.1 Gere a comunicação interpessoal com os membros da equipa multidisciplinar envolvida no transporte.</i></b>	100%	5	1	E
6.1.1 Comunica eficazmente com os elementos das equipas multidisciplinares da instituição de origem e da instituição de destino.	100%	5	1	E
6.1.2 Transmite informação essencial relativa ao doente crítico (escrita e verbal) à equipa da instituição de destino.	88%	5	0,75	E
6.1.3 Garante que toda a informação prévia relativa ao doente crítico se encontra registada e disponível.	100%	5	1	E
6.1.4 Efetua registos necessários durante o transporte.	81%	4	1	E
<b><i>6.2 Gere a comunicação interpessoal com o doente crítico e/ ou família.</i></b>	81%	4	1	E
6.2.1 Informa o doente crítico consciente acerca da necessidade e desenvolvimento do transporte.	100%	5	1	E

6.2.2 Informa a família do doente crítico acerca da necessidade e desenvolvimento do transporte.	81%	4	1	E
--	-----	---	---	---

Legenda: Md- Mediana; IIQ- Intervalo interquartil; ME- Muito elevado; E-Elevado

Relativamente ao domínio *Gestão de Eventos Críticos*, observou-se o grau de consenso muito elevado na competência 7.2, enquanto na 7.1, o grau de consenso elevado. Quanto aos critérios de avaliação, apenas o 7.1.2 alcançou o grau de consenso muito elevado sendo que os restantes obtiveram o grau de consenso elevado (Tabela 12).

Tabela 12. – Gestão de eventos críticos: concordância e graus de consenso

<b>7. Gestão de Eventos Críticos</b>	<b>Concordância (%)</b>	<b>Md</b>	<b>IIQ</b>	<b>Consenso</b>
<b>7.1 Evidencia um bom nível de desempenho perante a necessidade de agir num curto espaço de tempo.</b>	100%	5	1	E
7.1.1 Avalia rápida e adequadamente um doente crítico.	100%	5	1	E
7.1.2 Lida facilmente com situações de emergência.	100%	5	0	ME
7.1.3 Garante tomadas de decisão eficazes e sensatas num curto espaço de tempo.	100%	5	1	E
<b>7.2 Responde adequadamente aos imprevistos que possam surgir durante o transporte inter-hospitalar de doentes críticos.</b>	100%	5	0	ME
7.2.1 Responde de forma rápida e adequada às exigências das situações.	100%	5	0,75	E
7.2.2 Demonstra habilidades para lidar com qualquer ocorrência que possa surgir	100%	5	1	E

Legenda: Md- Mediana; IIQ- Intervalo interquartil; ME- Muito elevado; E-Elevado

Quanto ao domínio *Melhoria Contínua da Qualidade*, a competência 8.1 alcançou o grau de consenso elevado, enquanto a competência 8.2 reuniu critérios de consenso entre o moderado e baixo. Quanto aos critérios de avaliação, a maioria obteve o grau de consenso elevado, excetuando o critério 8.2.3, que alcançou o grau de consenso baixo e o critério 8.2.1 que não atingiu qualquer grau de consenso, pelo que foi excluído, não transitando assim para a 2ª ronda (Tabela 13).

Tabela 13. – Melhoria contínua da qualidade: concordância e graus de consenso

<b>8. Melhoria Contínua da Qualidade</b>	<b>Concordância (%)</b>	<b>Md</b>	<b>IIQ</b>	<b>Consenso</b>
<b>8.1 Reflete sobre o desempenho profissional após a realização de cada transporte inter-hospitalar de doentes críticos.</b>	100%	5	1	E
8.1.1 Demonstra capacidade de reflexão sobre a ação e consequente aprendizagem.	100%	5	1	E
8.1.2 Avalia a prática de cuidados durante o transporte.	100%	4	1	E
<b>8.2 Colabora com as entidades responsáveis pela avaliação do transporte.</b>	63%	4	2	B/M
8.2.1 Participa em programas de acompanhamento e auditoria do transporte de doentes críticos	38%	3	2	SGC
8.2.2 Reporta incidentes críticos que possam ocorrer durante o transporte às entidades responsáveis.	88%	4,5	1	E
8.2.3 Garante o envolvimento em estudos que examinem os problemas relatados durante o transporte.	56%	4	2,75	B

Legenda: Md- Mediana; IIQ- Intervalo interquartil; ME- Muito elevado; E-Elevado; M- Moderado; B – Baixo; SGC – Sem Grau de Consenso

No domínio *Compromisso Ético*, a competência que o integra atingiu o grau de consenso elevado, assim como a maioria dos critérios de avaliação, sendo que o 9.1.3 e 9.1.5 obtiveram o grau de consenso muito elevado (Tabela 14).

Tabela 14. – Compromisso ético: concordância e graus de consenso

<b>9. Compromisso Ético</b>	<b>Concordância (%)</b>	<b>Md</b>	<b>IIQ</b>	<b>Consenso</b>
<b>9.1 Assume as responsabilidades éticas inerentes à prática profissional, enquanto enfermeiro que realiza transportes inter-hospitalares de doentes críticos.</b>	100%	5	1	E
9.1.1 Demonstra compreensão de questões éticas relacionadas com o processo de tomada de decisão	100%	4,5	1	E
9.1.2 Demonstra compreensão de questões éticas relacionadas com a questão da gestão da informação solicitada pelo doente crítico e família.	88%	5	1	E

9.1.3 Atua na defesa do melhor interesse do doente crítico.	100%	5	0	ME
9.1.4 Garante a privacidade do doente crítico durante o transporte.	100%	5	1	E
9.1.5 Garante a confidencialidade da informação clínica relativa ao doente crítico dentro do quadro legal e ético.	100%	5	0	ME
9.1.6 Integra diferenças culturais no planeamento, na implementação e na avaliação dos cuidados.	88%	4	0,75	E

Legenda: Md- Mediana; IIQ- Intervalo interquartil; ME- Muito elevado; E-Elevado

Apresentados os resultados da 1ª ronda, seguem-se os resultados da 2ª ronda, que incidiu na competência e critérios que não obtiveram o grau consenso pré-definido.

Na 2ª ronda da Técnica de Delphi, a competência 8.2 obteve resultados que a colocam entre o grau de consenso moderado e baixo. Os critérios de avaliação 1.3.3 e 8.2.3 não obtiveram qualquer grau de consenso e o 2.1.2 atingiu o nível de consenso baixo. O critério de avaliação 4.1.3 alcançou o grau de consenso elevado. (Tabela 15).

Tabela 15. – Ítems que transitaram para a segunda ronda: concordância e graus de consenso

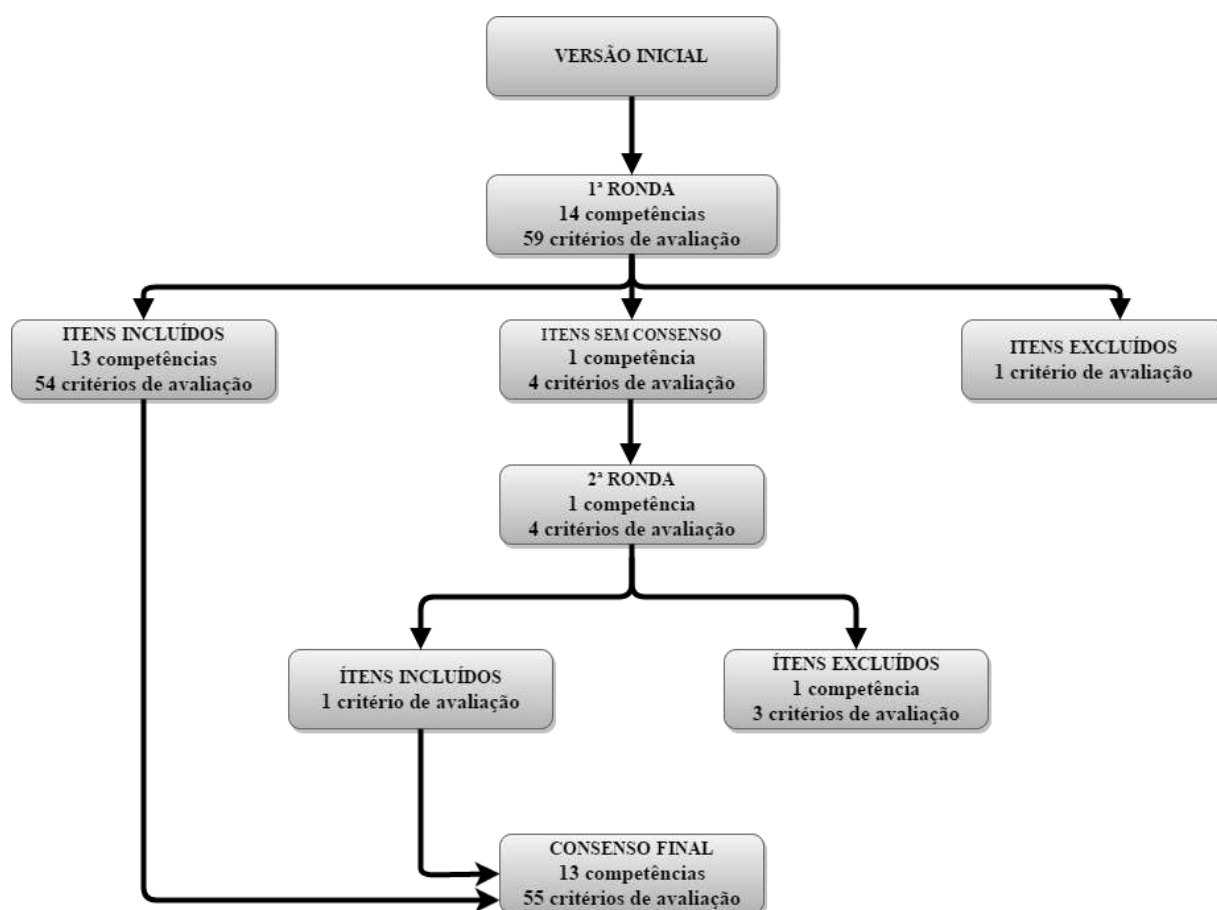
Questões da 2ª Ronda	Concordância (%)	Md	IIQ	Consenso
<b>Formação e Experiência</b>				
1.3.3 Realiza treinos específicos em transporte de doentes críticos.	50	3,5	2,25	SGC
<b>Planeamento e Organização</b>				
2.1.2 Utiliza listas de verificação (checklists) para confirmação de múltiplos fatores que interferem com o resultado final do transporte.	57	4	2	B
<b>Prestação de cuidados</b>				
4.1.3 Promove apoio psicológico ao doente crítico e família.	86	4	0,25	E
<b>Melhoria Contínua da Qualidade</b>				
8.2 <i>Colabora com as entidades responsáveis pela avaliação do transporte.</i>	64	4	2	M/B
8.2.3 Garante o envolvimento em estudos que examinem os problemas relatados durante o transporte.	36	3	2,25	SGC

Legenda: Md- Mediana; IIQ- Intervalo interquartil; E-Elevado; M- Moderado; B – Baixo; SGC – Sem Grau de Consenso

No campo referente a sugestões/ observações, não foi apontado qualquer comentário ou sugestão por parte dos peritos participantes no estudo, não tendo sido identificada nenhuma outra competência ou critério de avaliação.

Como resultado final obteve-se uma proposta do perfil de competências do enfermeiro no transporte inter-hospitalar de doentes críticos, constituída por 13 competências e 55 critérios de avaliação. Da versão inicial excluíram-se apenas uma competência e quatro critérios que não obtiveram o consenso estipulado. Procurou-se ilustrar todo este processo na Figura 2, que abaixo se apresenta.

Figura 2. – Evolução da construção da proposta do perfil de competências







### **Capítulo Três**

## **DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**



De acordo com os resultados apresentados no capítulo anterior, segue-se a discussão dos mesmos. Esta sustenta-se em estudos e ideias de autores que se debruçaram sobre a temática, bem como na reflexão pessoal.

Para uma melhor organização e sistematização da discussão dos resultados, esta encontra-se exposta pelos domínios de competências: formação e experiência, planeamento e organização, promoção da segurança, prestação de cuidados, trabalho de equipa e cooperação, comunicação, gestão de eventos críticos, melhoria contínua da qualidade e compromisso ético.

### **Formação e experiência**

Na 1ª ronda da técnica de Delphi foram enviadas 16 afirmações referentes ao domínio *Formação e Experiência*, sendo três relativas a competências e 13 a critérios de avaliação. Apenas o critério de avaliação - realiza treinos específicos em transporte inter-hospitalar de doentes críticos- não atingiu o grau de consenso exigido, pelo que foi enviado novamente na 2ª ronda para reavaliação pelos peritos, obtendo resultados que levaram a excluí-lo do documento final. Houve uma diminuição na concordância dos peritos de 63% para 50%, da 1ª para a 2ª ronda, o que leva a crer que esta questão não iria alcançar o consenso dos peritos, mesmo com a realização de mais rondas, como sugerem Page [et al.] (2015).

Apesar de a literatura revelar que a realização de treino específico em transporte inter-hospitalar de doentes críticos é essencial para garantir uma boa prática de cuidados (AAGBI, 2009; ACCCM, 2004; ACEM, ANZCA e CICMANZ, 2015; Campbell [et al.], 2015; Droogh [et al.], 2015; Gustafsson, Wennerhold e Fridlund, 2010; ICS, 2011; OM e SPCI, 2008), houve peritos que não concordaram que este fosse um critério de avaliação de competência do enfermeiro que realiza este tipo de transportes, o que ditou a sua exclusão da versão de consenso final.

Num estudo realizado na Austrália (Campbell [et al.], 2015), que consistiu num projeto de pesquisa para verificar a frequência e a relevância para a prática clínica de um leque de competências nos campos de várias áreas da saúde (nomeadamente enfermagem), verificou-se que os profissionais apresentam necessidade de manter competências em determinados procedimentos que não são tão frequentemente executados, o que pressupõe a exigência de treino regular e específico, sendo que quanto mais complexo é o procedimento, maior a necessidade de treinar esse mesmo procedimento.

Droogh [et al.] (2015) referem que não existem estudos que avaliem o efeito do treino específico em transportes nos resultados dos mesmos. Porém, uma vez que as evidências sugerem que o treino de procedimentos simples leva a um aumento da qualidade, parece lógico que o mesmo se aplique também a procedimentos mais complexos, tais como o transporte inter-hospitalar de doentes críticos (Blakeman e Branson, 2013).

Possivelmente, os peritos não concordaram com a inclusão desta questão, não por desvalorizarem o treino em si, mas pelo facto de o poderem considerar subjacente à experiência profissional, nomeadamente em contexto de realização de transporte inter-hospitalar de doentes críticos e mesmo aos processos de formação contínua, uma vez que ambos, de certo modo, envolvem o treino específico em transporte de doentes críticos.

Nas questões que obtiveram o consenso estipulado incluem-se as competências que dizem respeito à formação e experiência exigidas para a realização do transporte inter-hospitalar de doentes críticos, bem como, ao desenvolvimento de processos de formação contínua necessários. Estão também incluídos critérios de avaliação como conhecimentos e habilidades em SAV, em Suporte avançado de trauma e nas áreas de cuidados de urgência/emergência e cuidados intensivos, experiência adquirida em contexto hospitalar e de realização de transporte, habilidade para utilizar o equipamento de transporte, capacidade para resolver os problemas técnicos relacionados com o mesmo, conhecimento da ambulância de transporte bem como do meio envolvente, formação contínua específica relacionada com o transporte, atualizações frequentes em SAV e ainda aprendizagem com outros elementos da equipa, assim como contributos para a sua formação.

Tal pode ser defendido pelo facto de a formação relacionada com transporte inter-hospitalar de doentes críticos ser considerada essencial para um transporte seguro e de qualidade, nomeadamente em SAV (Almeida [et al.], 2011; Droogh [et al.], 2015; ICS, 2011; Martins e Martins, 2010; OM e SPCI, 2008; Sethi e Subramanian, 2014.), suporte avançado de trauma (OM e SPCI, 2008.), cuidados em urgência/ emergência e cuidados intensivos (ACEM, ANZCA e CICMANZ, 2015; ENA, 2010; OM e SPCI, 2008; Scuiasiato [et al.], 2012).

Também a experiência profissional é referida na literatura como imprescindível para o sucesso do transporte, tanto a adquirida em contexto hospitalar (Abelsson e Lindwall, 2012; Oliveira e Martins, 2013; Rodrigues e Martins, 2012; Romanzini e Bock, 2010; Scuiasiato [et al.], 2012), como em contexto de transporte de doentes críticos (Abelsson e Lindwall, 2012; Droogh [et al.], 2012; Droogh [et al.], 2015; Martins e Martins, 2010;

Rodrigues e Martins, 2012;), como ainda a experiência relacionada com especificidades técnicas relativas ao transporte (Abelsson e Lindwall, 2012; ACEM, ANZCA e CICMANZ, 2015; Droogh [et al.], 2012; Gustafsson, Wennerhold e Fridlund, 2010; ICS, 2011; Martins e Martins, 2010; OM e SPCI, 2008; Reimer e Moore, 2010).

O processo de formação contínua é também considerado essencial (Abelsson e Lindwall, 2012; ACEM, ANZCA e CICMANZ (2015); Almeida [et al.], 2011; Oliveira e Martins, 2013; Rodrigues e Martins, 2012), nomeadamente através do investimento pessoal em formação específica dentro da área em questão (Abelsson e Lindwall, 2012; Almeida [et al.], 2011; ACEM, ANZCA e CICMANZ (2015); Oliveira e Martins, 2013; Rodrigues e Martins, 2012.), realização de atualizações em SAV (Almeida [et al.], 2011; Oliveira e Martins, 2013; Rodrigues e Martins, 2012) e aproveitando oportunidades de aprendizagem com outros elementos da equipa de transporte, assim como fornecendo o seu contributo para a aprendizagem dos mesmos (Abelsson e Lindwall, 2012; Swickard [et al.], 2014).

Deste modo, as competências e critérios de avaliação do domínio *Formação e experiência* que obtiveram o grau de consenso estipulado para integrar o documento final, representam o que é preconizado pela literatura. Podem então ser entendidas como competências do enfermeiro enquanto elemento das equipas de transporte, de modo a garantir uma prestação de cuidados que confira segurança e qualidade ao mesmo, com otimização dos resultados para o doente.

### **Planeamento e organização**

Relativamente ao domínio *Planeamento e Organização*, na 1ª ronda foram enviadas cinco afirmações, sendo uma referente a competência e as restantes quatro a critérios de avaliação. Apenas um dos critérios - utiliza listas de verificação (checklists) para confirmação de múltiplos fatores que interferem com o resultado final do transporte - não obteve consenso para a sua inclusão no documento final, pelo que foi reenviado na 2ª ronda para nova análise por parte dos peritos, tendo obtido novamente o grau de consenso baixo, com uma diminuição de concordância de 75% para 58%. Permaneceu, portanto, sem consenso, revelando-se improvável que viesse a obter o consenso estipulado com a realização de um maior número de rondas (Page [et al.], 2015).

Estes resultados contradizem as recomendações para o recurso à utilização de listas de verificação (checklists) na fase de preparação do transporte (AAGBI, 2009; ACCCM,

2004; Comeau, Armendariz-Batiste e Woodby, 2015; ICS, 2011; Martins e Martins, 2010; OM e SPCI, 2008). Estas recomendações referem que através das mesmas é possível assegurar que todos os preparativos necessários ao transporte são realizados, de modo a garantir melhores resultados finais. No entanto, apesar de alguns peritos concordarem com este critério de avaliação de competência, outros não o consideraram como tal. Possivelmente, a não obtenção do consenso para esta questão encontra-se relacionada com a realidade portuguesa e com a não utilização dessas mesmas listas de verificação, apesar das recomendações existentes. Contudo, existe o reconhecimento por parte dos peritos de que um planeamento eficaz e avançado do transporte são fundamentais para evitar intercorrências indesejáveis durante o mesmo, e apoiam-se provavelmente na fiabilidade da memória, sem considerarem a necessidade da existência de mais um procedimento a realizar e consequente atraso na realização do transporte.

Constituíram o documento final a competência e os quatro critérios de avaliação deste domínio que obtiveram o consenso estipulado. A competência incluída está relacionada com o planeamento e organização avançados do transporte e engloba critérios de avaliação como o adequado planeamento do equipamento previsto, colaboração com a avaliação e estabilização do doente crítico e ainda conhecimento da situação clínica e histórico do doente crítico.

Os resultados obtidos para as restantes questões deste domínio vão de encontro ao relatado na literatura. O planeamento e organização é uma fase crucial do transporte inter-hospitalar de doentes críticos que poderá condicionar o sucesso do mesmo (AAGBI, 2009; ACCCM, 2004; ACEM, ANZCA e CICMANZ, 2015; Comeau, Armendariz-Batiste e Woodby, 2015; ICS, 2011; OM e SPCI, 2008).

Nesta fase deverá ser realizada uma preparação adequada de todo o material que se preveja necessário para utilizar durante o transporte, bem como uma adequada preparação do doente crítico, através da sua estabilização e também do conhecimento de toda a sua história clínica (Droogh [et al.], 2015; Gustafsson, Wennerhold e Fridlund, 2010; Martins e Martins, 2010; Rodrigues e Martins, 2012).

### **Promoção da segurança**

Foram enviadas seis afirmações referentes ao domínio *Promoção da Segurança* na 1ª ronda da técnica de Delphi, sendo uma referente a competência e cinco a critérios de

avaliação. Todas as afirmações obtiveram o grau de consenso elevado ou muito elevado, o que possibilitou a inclusão da totalidade dos itens deste domínio no documento final.

Estão aqui incluídos, a criação e manutenção de um ambiente de cuidados seguro, através do conhecimento dos princípios de segurança do transporte, da atuação de acordo com as diretrizes (guidelines) existentes, do conhecimento dos riscos potenciais associados ao transporte, da antecipação dos cuidados necessários e da prevenção de complicações.

Os resultados obtidos para este domínio vão de encontro ao que é defendido pelas recomendações existentes para o transporte inter-hospitalar de doentes críticos, no sentido em que os profissionais envolvidos têm a responsabilidade de assegurar que tudo o que é necessário é realizado, de modo a garantir a segurança do mesmo (AAGBI, 2009; ICS, 2011; Martins e Martins, 2010; Oliveira e Martins, 2013; OM e SPCI, 2008; Swickard [et al.], 2014). Neste contexto, o enfermeiro deverá, portanto, demonstrar conhecimento dos princípios de segurança do transporte de doentes (AAGBI, 2009; ICS, 2011; Oliveira e Martins, 2013; OM e SPCI, 2008; Reimer e Moore, 2010), pois só assim poderá garantir a segurança do transporte, do doente e dos elementos da equipa. Deverá ainda conhecer as diretrizes existentes para o efeito e garantir uma prestação de cuidados de acordo com as mesmas (Abelsson e Lindwall, 2012; ENA, 2010; Gustafsson, Wennerhold e Fridlund, 2010; ICS, 2011; Oliveira e Martins, 2013). Ao dominar conhecimentos acerca dos riscos potenciais associados ao transporte e suas consequências para o doente crítico (ENA, 2010; ICS, 2011; Martins e Martins, 2010; OM e SPCI, 2008), será capaz de prever e antecipar cuidados necessários durante o transporte, assim como, prevenir possíveis complicações durante o mesmo (ACCCM, 2004; ICS, 2011; Martins e Martins, 2010; OM e SPCI, 2008; Rodrigues e Martins, 2012; Swickard [et al.], 2014).

### **Prestação de cuidados**

No domínio *Prestação de Cuidados* foram submetidos à avaliação dos peritos na 1ª ronda 12 afirmações, uma referente a competência e 11 a critérios de avaliação. A maioria obteve o grau de consenso elevado ou muito elevado, com exceção do critério - Promove apoio psicológico ao doente crítico e família -, que obteve o grau de consenso moderado/ baixo. Esta questão foi reenviada ao painel de peritos na 2ª ronda, tendo atingido o grau de consenso elevado, com um aumento de concordância de 60% para 86%, passando portanto a ser incluída no documento final.

O consenso obtido para esta questão encontra-se de acordo com as opiniões de alguns autores, na medida em que o apoio psicológico ao doente crítico e família é um aspeto fundamental num contexto como este, que envolve doentes e famílias extremamente ansiosos, fazendo parte de uma prestação de cuidados de qualidade (Mehmet [et al.], 2011; Oliveira e Martins, 2013; Reimer e Moore, 2010; Swickard [et al.], 2014).

Para o documento final transitam todos os critérios de avaliação e a competência presentes neste domínio. Nele estão incluídos a prestação de cuidados de qualidade ao doente crítico, mesmo fora do ambiente hospitalar, através da execução de procedimentos específicos complexos, da monitorização adequada, da capacidade para utilizar o ventilador portátil, do conhecimento sobre administração da terapêutica necessária, do reconhecimento e resposta às alterações do estado clínico do doente, da prevenção do agravamento da sua situação clínica durante o transporte e através do apoio psicológico fornecido ao doente crítico e família durante o mesmo.

Neste domínio de competências, a literatura é clara quando afirma que os cuidados prestados ao doente crítico em ambiente de transporte, longe da segurança e do ambiente controlado de uma unidade hospitalar, deverão ser revestidos da mesma qualidade de cuidados (ACEM, ANZCA e CICMANZ, 2015; Droogh [et al.], 2012; ENA, 2010; ICS, 2011; Martins e Martins, 2010; OM e SPCI, 2008; Reimer e Moore, 2010; Swickard [et al.], 2014). Deste modo, é importante que o enfermeiro seja capaz de executar procedimentos específicos de elevada complexidade (OE, 2010), de garantir uma monitorização adequada do doente durante o transporte (AAGBI, 2009; ACCCM, 2004; ACEM, ANZCA e CICMANZ, 2015; Blakeman e Branson, 2013; ICS, 2011; Martins e Martins, 2010; OM e SPCI, 2008; Swickard [et al.], 2014), de utilizar o ventilador portátil (ICS, 2011; OM e SPCI, 2008) e ainda de demonstrar conhecimento acerca da administração de terapêutica que se preveja necessária durante o transporte (ACEM, ANZCA e CICMANZ, 2015; ICS, 2011; Sethi e Subramanian, 2014). Para além destes aspetos, o enfermeiro deverá ainda ser capaz de reconhecer a gravidade ou não de uma situação, mediante a abordagem ao doente crítico (Abelsson e Lindwall, 2012), demonstrando habilidades para reconhecer e responder a mudanças súbitas no seu estado clínico (ENA, 2010; Martins e Martins, 2010; OE, 2010; Swickard [et al.], 2014), prevenindo o agravamento do mesmo durante o transporte (OM e SPCI, 2008; Rodrigues e Martins, 2012).



## **Trabalho de equipa e cooperação**

Das cinco afirmações que foram enviadas aos peritos na 1ª ronda, do domínio *Trabalho em Equipa e Cooperação*, uma é referente a competência e as restantes quatro a critérios de avaliação. Todas as questões alcançaram o grau de consenso elevado ou muito elevado, tornando possível a sua integração no documento final.

Inclui-se aqui o trabalho em equipa, evidenciado através da capacidade para conciliar diferentes opiniões, da partilha de dúvidas e conhecimentos, do apoio aos elementos da equipa mais novos e menos experientes, bem como, da procura de apoio por parte destes últimos.

Os resultados obtidos para este domínio vão de encontro ao evidenciado na literatura. Uma vez que o transporte inter-hospitalar de doentes críticos envolve o trabalho em equipa, é essencial que o enfermeiro, enquanto elemento integrante dessa mesma equipa, reúna características que evidenciem esta competência, favorecendo a criação e manutenção de relações de trabalho construtivas (ICS, 2011; Oliveira e Martins, 2013; Scuissiato [et al.], 2012.). A partilha de conhecimentos e dúvidas com os restantes elementos da equipa e consequente conciliação de diferentes opiniões, inter e intraprofissionais, é essencial para evidenciar capacidade para trabalhar em equipa (Oliveira e Martins, 2013; Rodrigues e Martins, 2012; Scuissiato [et al.], 2012) A procura de apoio de colegas mais experientes (Abelsson e Lindwall, 2012; ICS, 2011; Swickard [et al.], 2014), assim como também a capacidade para apoiar outros elementos, nomeadamente os mais novos e inexperientes (Gustafsson, Wennerhold e Fridlund, 2010; Swickard [et al.], 2014), são também aspetos fundamentais no domínio do *Trabalho de Equipa e Cooperação*, promovendo o crescimento pessoal e profissional, quer individual, quer coletivo.

## **Comunicação**

Foram enviadas aos peritos, na 1ª ronda, oito questões do domínio *Comunicação*, sendo que duas eram referentes a competências e seis a critérios de avaliação. Na totalidade obteve-se um grau de consenso elevado, o que ditou a inclusão das mesmas no documento final.

Deste domínio fazem parte competências referentes à comunicação com os membros da equipa envolvidos no transporte e à comunicação com o doente crítico e família. São contemplados os critérios de avaliação relacionados com a comunicação estabelecida com

as equipas da instituição de origem e de destino, a transmissão da informação essencial relativa ao doente crítico, a garantia que essa mesma informação se encontra registada e disponível e a informação fornecida ao doente consciente e família acerca da necessidade e desenvolvimento do transporte.

Os resultados obtidos para este domínio vão de encontro ao relatado pela literatura, no sentido em que a gestão da comunicação interpessoal com toda a equipa envolvida no transporte deve ser assegurada pelo enfermeiro (AAGBI, 2009; ACEM, ANZCA e CICMANZ, 2015; Mehmet [et al.], 2011), através do reconhecimento da importância de uma comunicação eficaz entre a equipa do hospital de origem e a equipa do hospital de destino (Droogh [et al.], 2015; Gustafsson, Wennerhold e Fridlund, 2010; ICS, 2011; Romanzini e Bock, 2010; Scuissiato [et al.], 2012; Swickard [et al.], 2014), nomeadamente com a preparação criteriosa de registos e da garantia que toda a informação essencial relativa ao doente crítico seja fornecida à equipa da instituição de destino (AAGBI, 2009; ACCCM, 2004; ACEM, ANZCA e CICMANZ, 2015; Droogh [et al.], 2015; ICS, 2011; OM e SPCI, 2008; Sethi e Subramanian, 2014; Scuissiato [et al.], 2012). Relativamente à comunicação com o doente e família, esta revela-se também essencial uma vez que as boas práticas referem que os doentes conscientes bem como os seus familiares deverão ser informados acerca do que envolve transporte (ACCCM, 2004; ICS, 2011; Mehmet [et al.], 2011; OM e SPCI, 2008; Rodrigues e Martins, 2012; Sethi e Subramanian, 2014).

### **Gestão de eventos críticos**

As competências e critérios de avaliação integrados no domínio *Gestão de Eventos Críticos* enviadas ao painel de peritos na 1ª ronda obtiveram o grau de consenso elevado ou muito elevado, sendo portanto, incluídos na sua totalidade no documento final.

Este domínio é composto por competências referentes à evidência de um bom nível de desempenho perante a necessidade de agir num curto espaço de tempo, observadas através de habilidades de avaliação rápida e adequada do doente crítico, da capacidade para lidar facilmente com situações de emergência e ainda de tomadas de decisão rápidas e eficazes. A competência para responder adequadamente a imprevistos, através de resposta rápida às exigências das situações, assim como habilidades para lidar com ocorrências que possam surgir, também foi incluída neste domínio.

Em conformidade com a literatura, os enfermeiros, perante situações de emergência, muitas vezes inesperadas e revestidas de enorme complexidade, deverão ser capazes de garantir uma atuação rápida, nomeadamente no que diz respeito a tomadas de decisão, garantindo que respondem prontamente às exigências e imprevistos que possam ocorrer durante o transporte, de modo a não comprometer a segurança e qualidade do mesmo (Abelsson e Lindwall, 2012; Blakeman e Branson, 2013; Gustafsson, Wennerhold e Fridlund, 2010; Oliveira e Martins, 2013; Reimer e Moore, 2010; Rodrigues e Martins, 2012; Sarhangi [et al.], 2015.).

### **Melhoria contínua da qualidade**

No domínio *Melhoria Contínua da Qualidade* foram enviadas sete questões na 1ª ronda, sendo duas referentes a competências e as restantes a critérios de avaliação.

Apenas uma competência e três critérios de avaliação alcançaram o consenso mínimo estipulado, mais propriamente o grau de consenso elevado, enquanto a outra competência e dois critérios de avaliação não obtiveram grau de consenso para serem incluídas na versão final.

A competência relacionada com a colaboração com entidades responsáveis pela avaliação do transporte, atingiu o grau de consenso moderado/ baixo. Deste modo, foi novamente enviada ao painel de peritos na 2ª ronda, tendo mantido o grau de consenso, com um aumento na concordância de apenas 1% (de 63% para 64%), o que leva a crer que com um aumento tão pouco significativo, não seria obtido o consenso estipulado com a realização de mais rondas, em conformidade com o referido por Page [et al.] (2015). Esta competência não foi, portanto, incluída na versão final. Possivelmente, esta prática não se encontra de acordo com a realidade portuguesa, o que levou à não obtenção do consenso estipulado. Sendo assim, não reuniu as condições necessárias para ser considerada uma unidade de competência, sendo excluída do documento final, apesar de ser uma prática preconizada pelas recomendações para o transporte inter-hospitalar de doentes críticos (AAGBI, 2009; ACEM, ANZCA e CICMANZ, 2015; ENA, 2010; OM e SPCI, 2008).

O critério de avaliação referente à participação em processos de acompanhamento e auditoria do transporte de doentes críticos, obteve resultados na 1ª ronda que o excluem à partida do documento final, não tendo sido portanto, enviado para a 2ª ronda. Foi o item que obteve concordância mais baixa de todo o estudo, com aceitação de apenas 38% dos

peritos. Os resultados, que ditaram a sua exclusão do documento final logo na 1ª ronda, poderão estar relacionados também com o que se passa na realidade portuguesa em contexto de transportes inter-hospitalares de doentes críticos. Apesar de as recomendações existentes apontarem para a importância do envolvimento em programas de acompanhamento e auditoria do transporte, que examinem os problemas relatados durante o mesmo (ENA, 2010; OM e SPCI, 2008.), os peritos não o consideraram importante o suficiente para constituir um critério de avaliação.

O critério de avaliação relacionado com o envolvimento em estudos que examinam os problemas relatados durante o transporte, atingiu na 1ª ronda o grau de consenso baixo, tendo portanto transitado para a 2ª ronda. Aqui, houve diminuição da concordância dos peritos de 56% para 36%, o que ditou a sua exclusão da versão final. Os peritos consideraram que este não reunia as condições necessárias para constituir um critério de avaliação. No entanto, o envolvimento em estudos de investigação que examinem os problemas relatados durante o transporte e evidenciem estratégias para melhorar os cuidados prestados ao doente crítico e a segurança durante o mesmo, é defendido por ENA (2010).

Dado que foi o domínio onde se obteve menor consenso relativamente às afirmações apresentadas, poder-se-á referir que estas, apesar de constituírem recomendações importantes das principais organizações internacionais e nacionais para o transporte inter-hospitalar de doentes críticos, não reuniram consenso suficiente para serem consideradas, respetivamente, competência e critérios de avaliação.

Deste domínio transitaram para o documento final uma competência relativa à reflexão sobre o desempenho profissional e três critérios de avaliação, relacionados com a capacidade de reflexão sobre a ação e consequente aprendizagem, a avaliação da prática de cuidados durante o transporte e a comunicação de incidentes críticos às entidades responsáveis.

Os resultados que permitiram a inclusão no documento final das afirmações referidas vão de encontro ao relatado na literatura. A reflexão sobre a ação e consequente aprendizagem é possibilitada ao enfermeiro aquando da realização do transporte inter-hospitalar de doentes críticos, o que contribui para a melhoria da prática dos cuidados e otimização dos resultados do transporte, com diminuição de ocorrências adversas durante o mesmo (Abelsson e Lindwall, 2012; Martins e Martins, 2010; Rodrigues e Martins, 2012). A reflexão permite também a realização da avaliação do transporte, o que ajuda a identificar

aspectos mais e menos positivos, de modo a melhorar intercorrências futuras (Abelsson e Lindwall, 2012; Gustafsson, Wennerhold e Fridlund, 2010; Lopes e Frias, 2014; Oliveira e Martins, 2013). A importância de reportar incidentes críticos que ocorram durante o transporte às entidades responsáveis pelo mesmo é ainda considerada de extrema importância para garantir uma melhoria dos cuidados prestados (ACEM, ANZCA e CICMANZ e 2015; ICS, 2011).

### **Compromisso ético**

No domínio *Compromisso Ético*, quer a competência, quer os critérios de avaliação enviados aos peritos na 1ª ronda, alcançaram um grau de consenso elevado e muito elevado sendo portanto, incluídas na sua totalidade na versão final.

Aqui estão presentes as responsabilidades éticas inerentes à prática profissional, tais como as relacionadas com a tomada de decisão, a gestão de informação solicitada pelo doente e família, a atuação na defesa do melhor interesse do doente, a privacidade do doente, a confidencialidade da informação clínica e a integração das diferenças culturais nos cuidados.

Os resultados vão claramente de encontro ao defendido por vários autores. As questões éticas atravessam toda a prática profissional, independentemente das circunstâncias. Como tal, não podem deixar de ser consideradas neste contexto específico de cuidados, nomeadamente em relação à prática profissional do enfermeiro. O compromisso ético neste contexto específico diz então respeito aos processos de tomada de decisão, às questões relacionadas com a privacidade, à confidencialidade da informação clínica (Rodrigues e Martins, 2012), à integração das diferenças culturais nos cuidados prestados (Swickard [et al.], 2014), à gestão da informação (Rodrigues e Martins, 2012; Swickard [et al.], 2014), e à atuação na defesa do melhor interesse do doente crítico (ICS, 2011; Swickard [et al.], 2014).



## CONCLUSÃO

O transporte inter-hospitalar de doentes críticos tem vindo a ser motivo de interesse e preocupação por parte dos profissionais de saúde, tanto a nível nacional, como a nível internacional. Nos últimos anos, muito se tem debatido acerca deste tema e vários estudos, um pouco por todo o mundo, têm vindo a ser publicados. No entanto, nenhum estudo que revelasse as competências necessárias à atuação do enfermeiro no transporte inter-hospitalar de doentes críticos foi encontrado.

O conceito de competência tem sido alvo de constante evolução ao longo dos tempos, e está sujeito a múltiplas interpretações, consoante o contexto em que é utilizado (Sá e Paixão, 2010). Sendo assim, no contexto da realização deste trabalho, entende-se por competência como sendo um saber agir responsável e validado, que implica saber mobilizar, saber integrar e saber transferir os recursos disponíveis dentro de um determinado contexto profissional (Le Boterf, 1994). Ser-se competente em determinada situação, pressupõe que a pessoa seja capaz de recorrer, sempre que necessário, a um conjunto de atributos de conhecimentos (o que a pessoa sabe), habilidades (o que sabe fazer) e atitudes (o que a pessoa é, representado pelo querer fazer), de modo a evidenciar um desempenho competente.

O enfermeiro que presta cuidados no âmbito de transportes inter-hospitalares de doentes críticos deverá ser capaz de mobilizar esses atributos num contexto profissional complexo, demonstrando competência na sua prestação e agregando valor para a organização de saúde, tendo com foco nos seus cuidados o doente e a família.

Com a realização deste estudo foi possível determinar um conjunto de competências necessárias ao enfermeiro no transporte inter-hospitalar de doentes críticos.

Foi elaborado um conjunto de 14 competências e 59 critérios de avaliação de competência que foram integrados em 9 domínios (formação e experiência, planeamento e organização, promoção da segurança, prestação de cuidados, trabalho de equipa e cooperação, comunicação, gestão de eventos críticos, melhoria contínua da qualidade e compromisso ético). Este conjunto constituiu a versão inicial que foi posteriormente submetida ao julgamento de um painel de peritos, recorrendo à técnica de Delphi. Foram excluídos uma competência e quatro critérios de avaliação por não terem reunido os critérios de consenso. Obtiveram consenso 13 competências e 55 critérios de avaliação integrados nos nove

domínios, que constituíram a versão de consenso. Salienta-se ainda que os peritos não acrescentaram outras competências.

Deste modo, conseguiu-se chegar a uma proposta de um perfil de competências do enfermeiro no transporte inter-hospitalar de doentes críticos, que de facto poderá contribuir para facilitar o processo de tomada de decisão acerca de quem deve integrar as equipas de transporte.

Concluída a realização deste estudo, importa refletir acerca das limitações do mesmo.

A nível pessoal, o contexto da atividade profissional, extremamente exigente e instável, originou inúmeras dificuldades e adversidades relacionadas com o tempo necessário para a investigação. Contudo, foi uma limitação superada, motivada pelo desejo de concretização dos objetivos do estudo.

A in experiência enquanto investigadora exigiu um estudo aprofundado de todo o processo de investigação, procedimento que foi complexo e demorado, mas imprescindível para a concretização do estudo.

As limitações deste estudo encontram-se ainda relacionadas com as opções metodológicas, mais propriamente com a técnica de Delphi. Duas das principais desvantagens da sua utilização, e que se assumem à partida como limitações deste estudo, encontram-se relacionadas com a não universalidade dos critérios de consenso e com o método utilizado para a seleção dos peritos.

Não havendo regras definidas para estabelecer o nível de consenso, optou-se basear o consenso no grau de concordância com a competência, na Md como medida de tendência central e no IIQ como medida de dispersão. Sendo assim, apesar de não se poder assumir esta opção como livre de limitações, considera-se que foi uma escolha cautelosa e fundamentada.

A seleção dos peritos é considerada um aspeto de extrema importância na técnica de Delphi. No sentido de contornar as possíveis limitações relacionadas com esta etapa da técnica de Delphi, os peritos foram selecionados com base na sua formação e experiência em transporte de doentes críticos, sendo a sua perícia reconhecida pelos pares que os indicaram, de modo a conferir consistência e credibilidade científica ao mesmo.

No final deste estudo, importa ainda referir algumas sugestões que surgiram após reflexão sobre todo o percurso aqui realizado.



Na sequência deste estudo, sugere-se a validação deste documento e a realização de estudos que permitam identificar a diferença entre as competências necessárias ao enfermeiro no transporte inter-hospitalar de doentes críticos e as competências que esses mesmos enfermeiros já possuem, permitindo assim às instituições hospitalares conhecer as áreas que já apresentam a qualidade exigida e detetar as áreas de possível melhoria, aspeto essencial para a promoção de cuidados de qualidade. Deste modo, essas instituições poderão garantir estratégias que possibilitem um desenvolvimento adequado das competências em falta, necessárias aos enfermeiros que prestam cuidados ao doente crítico durante os transportes inter-hospitalares através, por exemplo, de formação adequada, de modo a que estes desenvolvam as competências necessárias à garantia de qualidade dos cuidados prestados, com otimização dos resultados para os doentes.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABELSSON, Anna; LINDWALL, Lillemor – The prehospital assessment of trauma patients` performed by the specialist ambulance nurse in Sweden – a phenomenographic study. **Scand J trauma, resusc emerg med**. Norway. ISSN 1757-7241. Vol.20, nº 67 (2012).

ALMEIDA, AO [et al.] – Conhecimento teórico dos enfermeiros sobre parada e ressuscitação cardiopulmonar, em unidades não hospitalares de atendimento à urgência e emergência. **Revista Latino-Americana Enfermagem**. São Paulo. ISSN 0104-1169 Vol. 19, nº 2 (2011).

AMARAL, Roniberto Morato [et al.] – Modelo para o mapeamento de competências em equipes de inteligência competitiva. **Ci. Inf.** Brasília. ISSN 0100-1965. Vol. 37, nº 2 (2008), p. 7-19.

AMERICAN COLLEGE OF CRITICAL CARE MEDICINE – Guidelines for the inter and intrahospital transport of critically ill patients. **Crit Care Med**. New York. ISSN 0090-3493. Vol. 32, nº 1 (2004), p. 256-262.

ASSOCIATION OF ANAESTHETISTS OF GREAT BRITAIN AND IRELAND – **AAGBI Safety Guideline: Interhospital transfer**. [Em Linha]. London: Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland, 2009. [Consultado em 19 Out. 2015]. Disponível na WWW: <URL: <https://www.aagbi.org/sites/default/files/interhospital09.pdf>>.

AUSTRALASIAN COLLEGE FOR EMERGENCY MEDICINE; AUSTRALIAN AND NEW ZEALAND COLLEGE OF ANAESTHETISTS; COLLEGE OF INTENSIVE CARE MEDICINE OF AUSTRALIA AND NEW ZEALAND - **Guidelines for transport of critically ill patients**. [Em Linha]. Victoria: Australian and New Zealand College Of Anaesthetists, 2015. [Consultado em 19 Out. 2015]. Disponível na WWW: <URL: [https://www.cicm.org.au/CICM\\_Media/CICMSite/CICM-Website/Resources/Professional%20Documents/IC-10-Guidelines-for-Transport-of-Critically-Ill-Patients.pdf](https://www.cicm.org.au/CICM_Media/CICMSite/CICM-Website/Resources/Professional%20Documents/IC-10-Guidelines-for-Transport-of-Critically-Ill-Patients.pdf)>.

BENNER, Patricia – **De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem**. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. ISBN 972-8535-97-X.

BLAKEMAN, Thomas C; BRANSON, Richard D – Inter and intra-hospital transport of the critically ill. **Respir Care**. Irving (Texas). ISSN 0020-1324. Vol. 58, nº 6 (2013), p. 1008-1021.

BRANDÃO, Hugo Pena – Competências no trabalho: uma análise da produção científica brasileira. **Estudos de Psicologia**. Campinas. ISSN 0103-166X. Vol. 12, nº 2 (2007), p. 149-158.

BRANDÃO, Hugo Pena [et al.] – Gestão de desempenho por competências: integrando a gestão por competências, o balanced scorecard e a avaliação 360 graus. **Rev Adm Pública**. Rio de Janeiro. ISSN 0034-7612. Vol. 42, nº 5 (2008), p. 875-898.

BRANDÃO, Hugo Pena; BAHRY, Carla Patrícia – Gestão por competências: métodos e técnicas para mapeamento de competências. **Revista do serviço Público**. Brasília. ISSN 0034-9240. Vol. 56, nº 2 (2005), p. 179-194.

BRANDÃO, Hugo Pena; BAHRY, Carla Patrícia; FREITAS, Isa Aparecida – Os impactos do suporte à transferência sobre a aplicação de competências no trabalho: a percepção dos mestres e doutores do Banco do Brasil. **Revista Administração**. São Paulo. ISSN 1984-6142. Vol. 43, nº 3 (2008), p. 224-237.

CAMPBELL, David [et al.] – Procedural skills practice and training needs of doctors, nurses, midwives and paramedics in rural Victoria. **Adv in Med Educ Pract**. United Kingdom. ISSN 1179-7258. Nº 6 (2015), p. 183-194.

CAPELAS, Manuel Luís Vila – **Indicadores de qualidade para os serviços de cuidados paliativos**. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2014. ISBN 978-54-0408-9.

CASCÃO, Ferreira – **Entre a gestão de competências e a gestão do conhecimento**. 1ª ed. Lisboa: Editora RH, 2004. ISBN 972-8871-01-5.

COMEAU, Odette; ARMENDARIZ-BATISTE, Josette; WOODBY, Scott – Safety first! Using a checklist for intrafacility transport of adult intensive care patients. **Critical Care Nurse**. Aliso Viejo (California). ISSN 0279-5442. Vol. 35, nº 5 (2015), p. 16-26.

DROOGH, Joep [et al.] – Inter-hospital transport of critically ill patients; expect surprises. **Critical Care**. United Kingdom. ISSN 1364-8535. Vol 16, nº 1 (2012).

DROOGH, Joep [et al.] – Transferring the critically ill patient: are we there yet?. **Critical Care**. United Kingdom. ISSN 1364-8535. Vol. 19, nº 62 (2015).

EMERGENCY NURSES ASSOCIATION – **Competencies for nurses practitioners in emergency care**. [Em Linha]. Des Plaines: Emergency Nurses Association, 2008. [Consultado em 14 Out. 2015]. Disponível na WWW: <URL: <https://www.nonpf.org/resource/resmgr/competencies/compsforpnpsinemergencycarefinal.pdf>>

FERNANDES, Léia Cristiane Löblein; MACHADO, Rebel Zambrano; ANSCHAU, Geovana Oliveira - Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. **Ciência & Saúde**. Faculdade de Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. ISSN 1413-8123. Nº 14 (2009), p. 1541-1552.

FILHO, António Isidro da Silva – **Mapeamento de competências: novas direções para as práticas em organizações: XXXV Encontro de ANPAD, Rio de Janeiro, 2011**.

FORTIN, Marie-Fabienne – **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN 978-989-8075-18-5.

FURUKAWA, Patrícia de Oliveira; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm – Da gestão por competências às competências gerenciais do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. ISSN 0034-7167. Vol. 63, nº 6 (2010), p. 1061-1066.

GIOVINAZZO, Renata A – Modelo de Aplicação de metodologia Delphi pela Internet – vantagens e ressalvas. **Administração Online**. São Paulo. ISSN 1517-7912; Vol. 2, nº 2 (2001).

GOUVEIA, João – Competências: moda ou inevitabilidade. **Saber e Educar**. Porto: Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti. ISSN 0873-3600. Nº 12 (2007), p. 31-58.

GUSTAFSSON, Marcus; WENNERHOLD, Sara; FRIDLUND, Bengt – Worries and concerns experienced by nurse specialists during inter-hospital transports of critically ill patients: a critical incidente study. **Intensive and Critical Care Nursing**. London. ISSN 0964-3397. Nº 26 (2010), p. 138-145.

HSU, Chia-Chien; SANDFORD, Brian – The Delphi Technique: making sense of consensus. **Practical Assessment, research & evaluation**. United States. ISSN 1531-7714. Vol. 12, nº 10 (2007).

IQBAL, Susanne; PIPON-YONG, Laura – The Delphi Method. **Methods**. United States. ISSN 1046-2023. Vol 22, nº 7 (2009), p. 598-601.

INTENSIVE CARE SOCIETY – **Guidelines for the transport of the critically ill adult**. 3rd ed. [Em linha]. London: Intensive Care Society, 2011. [Consultado em 19 Out. 2015]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.ics.ac.uk/EasysiteWeb/getresource.axd?AssetID=482&>>.

JOGERST, Kristen [et al.] – Identifying interprofessional global health competencies for 21st-century health professionals. **Annals of global health**. New York. ISSN 2214-9996. Vol. 81, nº 2 (2015), p. 239-247.

LE BOTERF, Guy – **De La Compétence: essai sur une attracteur étrange**. Paris: Les Éditions D'Organisation, 1994. ISBN 2-7081-1753-X.

LE BOTERF, Guy – Avaliar a competência de um profissional: três dimensões a explorar. [Em Linha]. Pessoal, 2006. [Consultado em 17 Fev. 2016]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.guyleboterf-conseil.com/Article%20evaluation%20version%20directe%20Pessoal.pdf>>.

LOPES, Hugo; FRIAS, Ana – Eventos adversos no transporte do doente crítico: percepção dos enfermeiros de um hospital central. **Revista Investigação em Enfermagem**. Coimbra. ISSN 2182-9764. Nº 6 (2014), p. 55-58.

MANENTI, Simone Alexandra [et al.] – O processo de construção do perfil de competências gerenciais para enfermeiros coordenadores de área hospitalar. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo. ISSN 0080-6234. Vol. 46, nº 3 (2012), p. 727-733.

MARTINS, Regina; MARTINS, José – Vivências dos enfermeiros nas transferências inter-hospitalares dos doentes críticos. **Revista de Enfermagem Referência**. Coimbra. ISSN 0874-0283. Vol. 3, nº 2 (2010), p. 111-120.

McMILLAN; Sanas; KING Michelle; TULLY, Mary – How to use the nominal group and Delphi techniques. **Int J Clin Pharm**. Netherlands. ISSN: 2210-7711. Nº 38 (2016), p. 665-662.

MEHMET, AK [et al.] – Communication skills training for emergency nurses. **International Journal of Medical Sciences**. Australia. ISSN 1449-1907. Vol. 8, nº 5 (2011), p. 397-401.

MENDONÇA, Constança; HUET, Isabel; GAIO ALVES, Mariana – Da construção à validação de um referencial de competências para uma licenciatura em enfermagem. **Revista Portuguesa de Pedagogia**. Coimbra. ISSN 0870-418. Vol. 48, nº 2 (2014), p. 109-132.

MESTRINHO, Maria de Guadalupe – Papéis e competências dos professores de enfermagem. **Pensar Enfermagem**. Lisboa. ISSN 0873-8904. Vol. 12, nº 2 (2008), p. 2-12.

MUNCK, Luciano; MUNCK, Mariana Gomes Musetti; SOUZA, Rafael Borim de – Gestão de pessoas por competências: análise de repercussões dez anos pós-implantação. **Revista de Administração Mackenzie**. São Paulo. ISSN 1678-6971. Vol. 12, nº 1 (2011), p. 4-52.

NOGUEIRA, Maria Assunção Almeida; AZEREDO, Zaida Aguiar; SANTOS, António Silva – Competências do cuidador informal atribuídas pelos enfermeiros comunitários: um estudo Delphi. **Rev. Eletr. Enf.** Goiás. ISSN 1518-1944. Vol. 14, nº 4 (2012), p. 749-759.

NUNES, Lucília – Do perito e do conhecimento em enfermagem. **Percursos**. Lisboa. ISSN 1646-5067. Nº 17 (2010), p. 3-9.

OLIVEIRA, Amélia; MARTINS, José – Ser enfermeiro em suporte imediato de vida: significado das experiências. **Revista de Enfermagem Referência**. Coimbra. ISSN 0874-0283. Vol. 3, nº 9 (2013), p. 115-124.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Caderno Temático Modelo de Desenvolvimento Profissional. Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE). Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem. Perfil de Competências Comuns e Específicas de Enfermeiro Especialista**. [Em Linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2009. [Consultado em 19 Out. 2015]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/cadernostematicos2.pdf>>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica**. [Em Linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010. [Consultado em 17 Out. 2015]. Disponível na WWW: <URL: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf)>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Caderno Temático 4. Modelo de desenvolvimento profissional: documental de operacionalização de competências e programas formativos. Progressividade e etapas.** [Em Linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011. [Consultado em 14 Out. 2015]. Disponível na WWW: <URL: [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/CadernoTematico4\\_CompetenciasProgramasFormativos\\_vf.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/CadernoTematico4_CompetenciasProgramasFormativos_vf.pdf)>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais.** [Em Linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2012. [Consultado em 17 Out. 2015]. Disponível na WWW: <URL: [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil\\_VF.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf)>.

ORDEM DOS MÉDICOS; SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS – **Transportes de doentes críticos: recomendações.** [Em Linha]. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos, 2008. [Consultado em 17 Out. 2015]. Disponível na WWW: <URL: [http://www.spci.pt/docs/guiatransporte/9764\\_miolo.pdf](http://www.spci.pt/docs/guiatransporte/9764_miolo.pdf)>.

PAGE, Amy [et al.] – Prescribing for Australians living with dementia: study protocol using the Delphi technique. **BMJOpen**. United Kingdom. ISSN 2044-6055. Nº 5 (2015).

REIMER, Andrew; MOORE, Shirley – Flight nursing expertise: towards a middle-range theory. **Journal of Advanced Nursing**. Oxford. ISSN 03092402. Vol. 66, nº 5 (2010), p. 1182-1193.

REWORÉDO, Luciana da Silva [et al] – o uso da técnica de Delphi em saúde: uma revisão integrativa de estudos brasileiros. **Arq Ciênc saúde**. Rio Preto: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. ISSN 1807-1325. Vol. 22, nº 2 (2015), p. 16-21

RODRIGUES, Lisete; MARTINS, José – Vivências dos enfermeiros ao cuidar do doente crítico durante o transporte marítimo. **Pensar Enfermagem**. Lisboa. ISSN 0873-8904. Vol. 16, nº 1 (2012), p. 26-41.

ROMANZINI, Êvanio e BOCK, Lisnéia – Concepções e sentimentos de enfermeiros que atuam no atendimento pré-hospitalar sobre a prática e a formação profissional. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. São Paulo. ISSN 0104-1169. Vol. 18, nº 2 (2010), p. 105-112.



RUTHES, Rosa Maria; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm – Entendendo as competências para aplicação na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. ISSN 0034-7167. Vol. 61, nº 1 (2008), p. 109-112.

RUTHES, Rosa Maria; FELDMAN, Liliane Bauer; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm – Foco no cliente: ferramenta essencial na gestão por competência em enfermagem. **Rev Bras Enferm**. Brasília. ISSN 0034-7167. Vol. 63, nº 2 (2010), p. 317-321.

SÁ, Patrícia; PAIXÃO, Fátima – Contributos para a clarificação do conceito de competência numa perspetiva integrada e sistémica. **Revista Portuguesa de Educação**. Braga: Universidade do Minho. ISSN 0871-9187. Vol. 26, nº 1 (2013), p. 87-114.

SAMPIERI, Roberto Hernandez; COLLADO, Carlos Fernández; LUCIO, Pilar Baptista – **Metodologia de Pesquisa**. 3ª ed. São Paulo: McGrawHill, 2006. ISBN 85-8680493-2.

SANTOS, Laura; TORRES, Heloísa de Carvalho – Práticas educativas em diabetes mellitus: compreendendo as competências dos profissionais de saúde. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis. ISSN. Vol. 21, nº3 (2012), p. 574-580.

SARHANGI, Forogh [et al.] – First aid and transportation course contents based on experience gained in the Iran-Iraq war: a qualitative study. **Trauma Monthly**. Tehran. ISSN 2251-7464. Vol. 20, nº 1 (2015).

SCARPARO, Arianne [et al.] – Reflexões sobre o uso da técnica de Delphi em pesquisas na Enfermagem. **Rev Rene**. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará. ISSN 1517-3852. Vol. 13, nº 1 (2012), p. 242-251.

SETHI, Dyvia; SUBRAMANIAN, Shalini - When place and time matter: how to conduct safe inter-hospital transfer of patients. **Saudi Journal of Anaesthesia**. Riyadh. ISSN 1658-354X. Nº. 8 (2014), p. 104-113.

SCUISSIATO, Dayane [et al.] – Compreensão de enfermeiros de bordo sobre seu papel na equipe multiprofissional de transporte aeromédico. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. ISSN 0034-7167. Vol. 65, nº 4 (2012), p. 614-620.

SILVA, Andria Machado [et al.] – Utilização da técnica Delphi On-line para investigação de competências: relato de experiência. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre. ISSN 0102-6933. Vol. 50, nº 2 (2009), p. 548-551.

SKULMOSKI, Gregory; HARTMAN, Francis; KRAHN, Jennifer – The Delphi Method for graduate research. **Journal of information technology education**. United States. ISSN: 1547-9714. Vol. 6 (2007).

SOUSA, Janaina Meirelles; ALVES, Elíoenai Dornelles – Competências do enfermeiro para o cuidado paliativo na atenção familiar. **Acta Paul Enferm**. São Paulo. ISSN 0103-2100. Vol. 28, nº 3 (2015), p. 264-269.

SWICKARD, Scott [et al.] – Adaptation of the AACN synergy model for patient care to critical care transport. **Critical Care Nurse**. Aliso Viejo (California). ISSN 0279-5442. Vol. 34, nº 1 (2014), p. 16-28.

TAYLOR, Rachel M [et al.] - Modified international e-Delphi survey to define healthcare professional competencies for working with teenagers and young adults with cancer. **BMJ Open**. United Kingdom. ISSN 2044-6055. Nº 6 (2016).

TORRES, Adriana Aparecida Lemos; ZIVIANI, Fabrício; SILVA, Sandro Márcio – Mapeamento de competências: ferramenta para a comunicação e a divulgação científica. **Revista Transinformação**. Campinas. ISSN 0103-3786. Vol. 24, nº 3 (2012), p. 191-205.

VAN DER STEEN, Jenny T [et al.] – White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: A Delphi study and recommendations from the European Association for palliative care. **Palliative Medicine**. United States. ISSN 1096-6218. Vol. 28, nº 3 (2014), p. 197-209.

VAN HOUWELINGEN [et al.] – Competencies required for nursing telehealth activities: A Delphi-study. **Nurse Education Today**. United Kingdom. ISSN: 0260-6917. Nº 39 (2016), p. 50-62.

WALLENGREN, Joanna - Identification of core competencies for primary care of allergy patients using a modified Delphi technique. **BMC Medical Education**. United Kingdom. ISSN: 1472-6920. Vol. 11, nº 12 (2011).

WITT, Regina Rigatto [et al.] – Competências profissionais para o atendimento de idosos em atenção primária à saúde. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo. ISSN 0080-6234. Vol. 48, nº 6 (2014), p. 1020-1025.

## **APÊNDICES**



**APÊNDICE A – DOMÍNIOS, COMPETÊNCIAS E CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO  
IDENTIFICADOS**



## DOMÍNIOS, COMPETÊNCIAS E CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO IDENTIFICADOS

DOMÍNIOS, COMPETÊNCIAS E CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	REFERÊNCIAS
<b>1. FORMAÇÃO E EXPERIÊNCIA</b>	OE, 2009.
<i>1.1 Aplica um conjunto de conhecimentos específicos necessários às exigências do transporte inter-hospitalar de doentes críticos.</i>	AAGBI, 2009; ACCCM, 2004; ACEM, ANZCA e CICMANZ, 2015; ENA, 2010; Gustafsson, Wennerhold e Fridlund, 2010; ICS, 2011; Martins e Martins, 2010; OM e SPCI, 2008; Rodrigues e Martins, 2012; Sarhangi [et al.], 2015; Scuissiato [et al.], 2012.
1.1.1 Demonstra conhecimentos e habilidades em Suporte Avançado de Vida.	Almeida [et al.], 2011; Droogh [et al.], 2015; ICS, 2011; Martins e Martins, 2010; OM e SPCI, 2008; Sethi e Subramanian, 2014.
1.1.2 Demonstra conhecimentos em suporte avançado de Trauma.	OM e SPCI, 2008.
1.1.3 Demonstra conhecimento nas áreas de cuidados em urgência/ emergência e cuidados intensivos.	ACEM, ANZCA e CICMANZ, 2015; ENA, 2010; OM e SPCI, 2008; Rodrigues e Martins, 2012; Scuissiato [et al.], 2012.
<i>1.2 Usa experiência adquirida anteriormente, otimizando os resultados do transporte inter-hospitalar de doentes críticos.</i>	AAGBI, 2009; ACCCM, 2004; ACEM, ANZCA e CICMANZ, 2015; ACCCM, 2004; ENA, 2010; Gustafsson, Wennerhold e Fridlund, 2010; ICS, 2011; OM e SPCI, 2008; Sethi e Subramanian, 2014.
1.2.1 Aplica experiência profissional adquirida em contexto hospitalar.	Abelsson e Lindwall, 2012; Oliveira e Martins, 2013; Rodrigues e Martins, 2012; Romanzini e Bock, 2010; Scuissiato [et al.], 2012.
1.2.2 Aplica experiência adquirida em contexto de realização de transportes inter-hospitalares de doentes críticos.	Abelsson e Lindwall, 2012; Droogh [et al.], 2012; Droogh [et al.], 2015; Martins e Martins, 2010; Rodrigues e Martins, 2012;
1.2.3 Demonstra habilidades para utilizar o equipamento de transporte.	Abelsson e Lindwall, 2012; ACEM, ANZCA e CICMANZ, 2015; Droogh [et al.], 2012; Gustafsson, Wennerhold e Fridlund, 2010; ICS, 2011; OM e SPCI, 2008.
1.2.4 Resolve problemas técnicos (relacionados com o equipamento de transporte) que possam ocorrer.	Droogh [et al.], 2012; Martins e Martins, 2010.

1.2.5 Demonstra conhecimento da ambulância de transporte bem como do meio envolvente ao transporte.	ICS, 2011; Reimer e Moore, 2010.
<b>1.3 Desenvolve processos de formação contínua</b>	Abelsson e Lindwall, 2012; ACEM, ANZCA e CICMANZ (2015); Almeida [et al.], 2011; ENA, 2010; Oliveira e Martins, 2013; OM e SPCI, 2008; Rodrigues e Martins, 2012.
1.3.1 Investe em formação contínua específica relacionada com o transporte de doentes críticos.	Abelsson e Lindwall, 2012; Almeida [et al.], 2011; ACEM, ANZCA e CICMANZ (2015); Oliveira e Martins, 2013; Rodrigues e Martins, 2012.
1.3.2 Realiza atualizações frequentes em Suporte Avançado de Vida.	Almeida [et al.], 2011; Oliveira e Martins, 2013; Rodrigues e Martins, 2012.
1.3.3 Realiza treinos específicos em transporte de doentes críticos.	AAGBI, 2009; ACCCM, 2004; ACEM, ANZCA e CICMANZ, 2015; Campbell [et al.], 2015; Droogh [et al.], 2012; Droogh [et al.], 2015; ENA, 2010; Gustafsson, Wennerhold e Fridlund, 2010; ICS, 2011; OM e SPCI, 2008; Reimer e Moore, 2010; Sarhangi [et al.], 2015; Sethi e Subramanian, 2014.
1.3.4 Aproveita as oportunidades de aprender com outros elementos da equipa de transporte.	Swickard [et al.], 2014.
1.3.5 Contribui para a formação profissional dos elementos da equipa de transporte.	Abelsson e Lindwall, 2012; Swickard [et al.], 2014.
<b>2. PLANEAMENTO E ORGANIZAÇÃO</b>	ICS, 2011; OE, 2009; OM e SPCI, 2008.
<b>2.1 Evidencia um planeamento e organização avançados do transporte de modo a evitar intercorrências indesejáveis durante o mesmo.</b>	ACCCM, 2004; Comeau, Armendariz-Batiste e Woodby, 2015; Droogh [et al.], 2015; Rodrigues e Martins, 2012; Sethi e Subramanian, 2014.
2.1.1 Garante que todo o equipamento necessário para o transporte esteja disponível e funcionante.	Gustafsson, Wennerhold e Fridlund, 2010; Rodrigues e Martins, 2012; Scuiasiato [et al.], 2012).
2.1.2 Utiliza listas de verificação (checklists) para confirmação de múltiplos fatores que interferem com o resultado final do transporte.	AAGBI, 2009; ACCCM, 2004; Comeau, Armendariz-Batiste e Woodby, 2015; ICS, 2011; Martins e Martins, 2010; OM e SPCI, 2008.



2.1.3 Demonstra conhecimentos e habilidades para colaborar na avaliação e estabilização do doente crítico antes do transporte.	AAGBI, 2009; ACCCM, 2004; ACEM, ANZCA e CICMANZ, 2015; Droogh [et al.], 2015; ICS, 2011; Martins e Martins, 2010; OM e SPCI, 2008; Rodrigues e Martins, 2012; Scuiasiato [et al.], 2012; Sethi e Subramanian, 2014.
2.1.4 Demonstra conhecimento da situação clínica do doente crítico e do seu histórico.	Gustafsson, Wennerhold e Fridlund, 2010; ICS, 2011; Martins e Martins, 2010; OM e SPCI, 2008; Rodrigues e Martins, 2012; Scuiasiato [et al.], 2012.
<b>3. PROMOÇÃO DA SEGURANÇA</b>	OE, 2009; OM e SPCI, 2008.
<b>3.1 Cria e mantém um ambiente de cuidados seguro</b>	AAGBI, 2009; ICS, 2011; Martins e Martins, 2010; Oliveira e Martins, 2013; OM e SPCI, 2008; Reimer e Moore, 2010; Swickard [et al.], 2014.
3.1.1 Demonstra conhecimento dos princípios de segurança do transporte de doentes.	AAGBI, 2009; ICS, 2011; Oliveira e Martins, 2013; OM e SPCI, 2008; Reimer e Moore, 2010.
3.1.2 Atua de acordo com as diretrizes (guidelines) existentes relativas ao transporte inter-hospitalar de doentes críticos.	Abelsson e Lindwall, 2012; ENA, 2010; Gustafsson, Wennerhold e Fridlund, 2010; ICS, 2011; Oliveira e Martins, 2013.
3.1.3 Demonstra conhecimento dos riscos potenciais associados ao transporte de doentes críticos (relacionados com as forças de movimento, de aceleração, desaceleração, efeitos de vibração e possíveis mudanças de temperatura).	ENA, 2010; ICS, 2011; Martins e Martins, 2010; OM e SPCI, 2008.
3.1.4 Antecipa e realiza cuidados que se prevejam necessários durante o transporte.	AAGBI, 2009; ACCCM, 2004; ICS, 2011; OM e SPCI, 2008; Swickard [et al.], 2014.
3.1.5 Toma medidas para a prevenção de possíveis complicações durante o transporte.	AAGBI, 2009; ACCCM, 2004; ICS, 2011; Martins e Martins, 2010; Rodrigues e Martins, 2012; OM e SPCI, 2008; Swickard [et al.], 2014.
<b>4. PRESTAÇÃO DE CUIDADOS</b>	OE, 2009.
<b>4.1 Presta cuidados de qualidade ao doente crítico.</b>	ACEM, ANZCA e CICMANZ, 2015; Droogh [et al.], 2012; ENA, 2010; ICS, 2011; Martins e Martins, 2010; OM e SPCI, 2008; Reimer e Moore, 2010; Swickard [et al.], 2014.
4.1.1 Demonstra capacidade para cuidar do doente crítico em ambiente de transporte, longe da segurança e do ambiente controlado da unidade hospitalar.	Droogh [et al.], 2012; ENA, 2010; ICS, 2011; Swickard [et al.], 2014.

4.1.2 Presta cuidados ao doente crítico com a mesma qualidade dos cuidados prestados no serviço de origem.	ACEM, ANZCA e CICMANZ, 2015; ENA, 2010; ICS, 2011; Martins e Martins, 2010; OM e SPCI, 2008; Reimer e Moore, 2010.
4.1.3 Promove apoio psicológico ao doente crítico e família.	Mehmet [et al.], 2011; Oliveira e Martins, 2013; Reimer e Moore, 2010; Swickard [et al.], 2014.
4.1.4 Executa intervenções/ procedimentos específicos de elevada complexidade necessários à manutenção da estabilidade do doente crítico.	OE, 2010.
4.1.5 Executa monitorização adequada do doente crítico durante o transporte.	AAGBI, 2009; ACCCM, 2004; ACEM, ANZCA e CICMANZ, 2015; Blakeman e Branson, 2013; ICS, 2011; Martins e Martins, 2010; OM e SPCI, 2008; Swickard [et al.], 2014.
4.1.6 Demonstra conhecimentos e habilidades para usar o ventilador portátil.	ICS, 2011; OM e SPCI, 2008.
4.1.7 Demonstra conhecimento sobre a administração de terapêutica que pode ser necessária durante o transporte (incluindo sedativos, relaxantes musculares, inotrópicos e vasopressores).	ACEM, ANZCA e CICMANZ, 2015; ICS, 2011; Sethi e Subramanian, 2014.
4.1.8 Reconhece a gravidade ou não de uma situação mediante a abordagem de um doente crítico.	Abelsson e Lindwall, 2012.
4.1.9 Previne o agravamento do estado clínico do doente crítico durante o transporte.	OM e SPCI, 2008; Rodrigues e Martins, 2012.
4.1.10 Demonstra habilidades para reconhecer mudanças súbitas no estado clínico do doente crítico.	ENA, 2010; Martins e Martins, 2010; OE, 2010; Swickard [et al.], 2014.
4.1.11 Demonstra habilidades para responder às mudanças súbitas do estado clínico do doente crítico.	ENA, 2010; OE, 2010.
<b>5. TRABALHO DE EQUIPA E COOPERAÇÃO</b>	ICS, 2011.
<b>5.1 Evidencia capacidade para trabalhar em equipa.</b>	ICS, 2011; Oliveira e Martins, 2013; Scuissiato [et al.], 2012.
5.1.1 Concilia diferentes opiniões, inter e intraprofissionais.	Oliveira e Martins, 2013; Scuissiato [et al.], 2012.

5.1.2 Partilha conhecimentos e dúvidas com os restantes elementos da equipa de transporte.	Rodrigues e Martins, 2012.
5.1.3 Apoia os restantes elementos da equipa de transporte, nomeadamente elementos mais novos e inexperientes.	Swickard [et al.], 2014.
5.1.4 Procura apoio de elementos da equipa de transporte mais experientes.	Abelsson e Lindwall, 2012; Gustafsson, Wennerhold e Fridlund, 2010; ICS, 2011; Swickard [et al.], 2014.
<b>6. COMUNICAÇÃO</b>	ACEM, ANZCA e CICMANZ, 2015; OE, 2009;
<b>6.1 Gere a comunicação interpessoal com os membros da equipa multidisciplinar envolvida no transporte.</b>	AAGBI, 2009; ACEM, ANZCA e CICMANZ, 2015; Mehmet [et al.], 2011.
6.1.1 Comunica eficazmente com os elementos das equipas multidisciplinares da instituição de origem e da instituição de destino.	Droogh [et al.], 2015; Gustafsson, Wennerhold e Fridlund, 2010; ICS, 2011; Romanzini e Bock, 2010; Scuissiato [et al.], 2012; Swickard [et al.], 2014.
6.1.2 Transmite informação essencial relativa ao doente crítico (escrita e verbal) à equipa da instituição de destino.	AAGBI, 2009; ACCCM, 2004; ACEM, ANZCA e CICMANZ, 2015; Droogh [et al.], 2015; ICS, 2011; OM e SPCI, 2008; Sethi e Subramanian, 2014; Scuissiato [et al.], 2012.
6.1.3 Garante que toda a informação prévia relativa ao doente crítico se encontra registada e disponível.	AAGBI, 2009; ACCCM, 2004; ACEM, ANZCA e CICMANZ, 2015; Droogh [et al.], 2015; ICS, 2011; OM e SPCI, 2008; Sethi e Subramanian, 2014.
6.1.4 Efetua registos necessários durante o transporte.	AAGBI, 2009; ACEM, ANZCA e CICMANZ, 2015; ICS, 2011; OM e SPCI, 2008; Sethi e Subramanian (2014).
<b>6.2 Gere a comunicação interpessoal com o doente crítico e/ ou família.</b>	ACCCM, 2004; ICS, 2011; Mehmet [et al.], 2011; OM e SPCI, 2008; Rodrigues e Martins, 2012; Sethi e Subramanian, 2014.
6.2.1 Informa o doente crítico consciente acerca da necessidade e desenvolvimento do transporte.	ACCCM, 2004; ICS, 2011; OM e SPCI, 2008; Rodrigues e Martins, 2012; Sethi e Subramanian, 2014.
6.2.2 Informa a família do doente crítico acerca da necessidade e desenvolvimento do transporte.	ACCCM, 2004; ICS, 2011; OM e SPCI, 2008; Rodrigues e Martins, 2012; Sethi e Subramanian, 2014.
<b>7. GESTÃO DE EVENTOS CRÍTICOS</b>	OE, 2010.
<b>7.1 Evidencia um bom nível de desempenho perante a necessidade de agir num curto espaço de tempo.</b>	Abelsson e Lindwall, 2012; Blakeman e Branson, 2013; Reimer e Moore, 2010; Rodrigues e Martins, 2012; Sarhangi [et al.], 2015.

7.1.1 Avalia rápida e adequadamente um doente crítico.	Abelsson e Lindwall, 2012.
7.1.2 Lida facilmente com situações de emergência.	Abelsson e Lindwall, 2012.
7.1.3 Garante tomadas de decisão eficazes e sensatas num curto espaço de tempo.	Reimer e Moore, 2010; Rodrigues e Martins, 2012; Sarhangi [et al.], 2015.
<b>7.2 Responde adequadamente aos imprevistos que possam surgir durante o transporte inter-hospitalar de doentes críticos.</b>	Blakeman e Branson, 2013.
7.2.1 Responde de forma rápida e adequada às exigências das situações.	Oliveira e Martins, 2013.
7.2.2 Demonstra habilidades para lidar com qualquer ocorrência que possa surgir.	Blakeman e Branson, 2013; Gustafsson, Wennerhold e Fridlund, 2010; Rodrigues e Martins, 2012.
<b>8. MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE</b>	OE, 2009.
<b>8.1 Reflete sobre o desempenho profissional após a realização de cada transporte inter-hospitalar de doentes críticos.</b>	Abelsson e Lindwall, 2012; Lopes e Frias, 2014; Martins e Martins, 2010; Oliveira e Martins, 2013; Rodrigues e Martins, 2012.
8.1.1 Demonstra capacidade de reflexão sobre a ação e consequente aprendizagem.	Abelsson e Lindwall, 2012; Martins e Martins, 2010; Rodrigues e Martins, 2012.
8.1.2 Avalia a prática de cuidados durante o transporte.	Abelsson e Lindwall, 2012; Gustafsson, Wennerhold e Fridlund, 2010; Lopes e Frias, 2014; Oliveira e Martins, 2013.
<b>8.2 Colabora com as entidades responsáveis pela avaliação do transporte.</b>	AAGBI, 2009; ACEM, ANZCA e CICMANZ, 2015; ENA, 2010; OM e SPCI, 2008.
8.2.1 Participa em programas de acompanhamento e auditoria do transporte de doentes críticos	ENA, 2010; OM e SPCI, 2008.
8.2.2 Reporta incidentes críticos que possam ocorrer durante o transporte às entidades responsáveis.	ACEM, ANZCA e CICMANZ e 2015; ICS, 2011.
8.2.3 Garante o envolvimento em estudos que examinem os problemas relatados durante o transporte.	ENA, 2010.
<b>9. COMPROMISSO ÉTICO</b>	OE, 2009.
<b>9.1 Assume as responsabilidades éticas inerentes à prática profissional, enquanto enfermeiro que realiza transportes inter-hospitalares de doentes críticos.</b>	ICS, 2011; Rodrigues e Martins, 2012; Swickard [et al.], 2014.

9.1.1 Demonstra compreensão de questões éticas relacionadas com o processo de tomada de decisão	Rodrigues e Martins, 2012.
9.1.2 Demonstra compreensão de questões éticas relacionadas com a questão da gestão da informação solicitada pelo doente crítico e família.	Rodrigues e Martins, 2012; Swickard [et al.], 2014.
9.1.3 Atua na defesa do melhor interesse do doente crítico.	ICS, 2011; Swickard [et al.], 2014.
9.1.4 Garante a privacidade do doente crítico durante o transporte.	Rodrigues e Martins, 2012
9.1.5 Garante a confidencialidade da informação clínica relativa ao doente crítico dentro do quadro legal e ético.	Rodrigues e Martins, 2012.
9.1.6 Integra diferenças culturais no planeamento, na implementação e na avaliação dos cuidados.	Swickard [et al.], 2014.



## **APÊNDICE B – CONVITE AOS PERITOS**





## CONVITE AOS PERITOS

Exmo(a) Senhor(a) Enfermeiro(a)

Eu, Ana Cristina da Silva Gonçalves, mestranda do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Viana do Castelo, venho por este meio convidá-lo(a) a participar no estudo **“Competências do Enfermeiro no Transporte Inter-hospitalar de Doentes Críticos”**, com a orientação da Professora Doutora Aurora Pereira e co-orientação da Professora Clementina Sousa.

Este estudo tem como objetivo construir um perfil de competências do enfermeiro que realiza transportes inter-hospitalares de doentes críticos. Para o efeito vamos recorrer à técnica de Delphi. Esta técnica tem como objetivo a obtenção de um consenso de opinião de um grupo de peritos através da aplicação de questionários estruturados, por meio de validações estruturadas em fases ou rodadas. Deste modo, informo que após validada a sua participação, voltará a ser contactado através do mesmo aplicativo, até que o consenso seja alcançado (previsão de duas a três rodadas de opiniões).

O instrumento de colheita de dados a utilizar neste estudo (Questionário: Competências do Enfermeiro no Transporte Inter-hospitalar de Doentes Críticos) foi construído com base numa pesquisa bibliográfica que permitiu a identificação de competências dos enfermeiros nesta área de cuidados (bibliografia em anexo). Para tal, foram consultadas as principais recomendações nacionais e internacionais existentes para o transporte inter-hospitalar de doentes críticos, bem como artigos de cariz científico relevantes na área em questão, selecionados de acordo com os objetivos do estudo. Para além do recurso à pesquisa bibliográfica, a construção do presente instrumento de colheita de dados teve o suporte das professoras orientadoras e de um juiz perito, selecionado pelo reconhecimento da sua pessoa como perito na área do transporte inter-hospitalar de doentes críticos, que procedeu à validação do mesmo. O interesse em convidá-lo partiu do reconhecimento da sua pessoa como perito na área do transporte inter-hospitalar de doentes críticos.

A sua participação ocorrerá por meio eletrónico, de forma confidencial, e solicita-se a sua participação até ao dia **12 de Julho de 2016**.

Caso aceite participar, deverá selecionar a opção “Preencher o Formulário” que aparece no final deste e-mail, altura em que lhe aparecerá o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a opção “Aceito participar”. Logo após este passo, será encaminhado para o instrumento de avaliação a preencher.

Em qualquer etapa do estudo poderão ser solicitados esclarecimentos através do e-mail: [ana\\_csg85@hotmail.com](mailto:ana_csg85@hotmail.com) ou do contato telefónico: 936094187.

Grata pela sua colaboração.

Ana Cristina da Silva Gonçalves

**Questionário: Competências do Enfermeiro no Transporte Inter-hospitalar de doentes críticos**

**PREENCHER O FORMULÁRIO**



## **APÊNDICE C – CONSENTIMENTO INFORMADO**



## CONSENTIMENTO INFORMADO

\*Obrigatório

### Declaração de Consentimento Informado

Se concordar em participar neste estudo, por favor, selecione a opção "Aceito participar" no final da página e obrigada por aceitar dar a sua imprescindível contribuição.

Declaro que tomei conhecimento do objetivo do estudo de investigação no âmbito das "Competências do enfermeiro no transporte inter-hospitalar de doentes críticos", realizado por Ana Cristina da Silva Gonçalves, a frequentar o III Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, e da forma como vou participar no referido estudo. Fui esclarecido (a) acerca de todos os aspetos que considero importantes e obtive respostas relativamente às questões que coloquei. Fui informado (a) sobre o respeito pelo princípio do anonimato e do compromisso da confidencialidade, assim como do direito de recusar a participar ou de interromper a participação no estudo a qualquer momento, sem qualquer tipo de consequências para mim.

\*

- ☐ Aceito Participar
- ☐ Não aceito participar

SEGUINTE



Página 1 de 12

Nunca envie palavras-passe através dos Formulários do Google.



## **APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS**





## INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

# Questionário: Competências do Enfermeiro no Transporte Inter-hospitalar de doentes críticos

\*Required

### Dados Sociodemográficos

Idade: \*

Your answer

Género: \*

☐ Masculino

☐ Feminino

Experiência profissional como enfermeiro (em anos): \*

Your answer

Experiência profissional como enfermeiro em transporte inter-hospitalar de doentes críticos (em anos): \*

Your answer

Formação Académica: \*

☐ • Licenciatura

☐ • Pós-graduação

☐ • Especialidade

☐ • Mestrado

☐ • Doutoramento

☐ • Outros Cursos

Caso tenha assinalado, por favor especifique:

Pós-graduação:

Your answer

Especialidade:

Your answer

Mestrado:

Your answer

Doutoramento:

Your answer

Outros cursos:

Your answer

BACK

NEXT

Page 2 of 12

\*Required

## Questionário: Competências do Enfermeiro no Transporte Inter-hospitalar de doentes críticos

O presente questionário é composto por 73 questões agrupadas em 9 domínios de competências. Por favor, selecione o quadrado de acordo com o seu grau de concordância com o critério apresentado:

- 1 – Discordo completamente;
- 2 – Discordo;
- 3 – Não concordo nem discordo;
- 4 – Concordo;
- 5 – Concordo completamente.

### 1. CONHECIMENTO E EXPERIÊNCIA

1.1 Aplica um conjunto de conhecimentos específicos necessários às exigências do transporte inter-hospitalar de doentes críticos. \*

1 2 3 4 5

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

1.1.1 Demonstra conhecimentos e habilidades em Suporte Avançado de Vida. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

1.1.2 Demonstra conhecimentos em suporte avançado de Trauma. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

1.1.3 Demonstra conhecimento nas áreas de cuidados em urgência/ emergência e cuidados intensivos. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

1.2 Usa experiência adquirida anteriormente, otimizando os resultados do transporte inter-hospitalar de doentes críticos. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

1.2.1 Aplica experiência profissional adquirida em contexto hospitalar. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

1.2.2 Aplica experiência adquirida em contexto de realização de transportes inter-hospitalares de doentes críticos. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

1.2.3 Demonstra habilidades para utilizar o equipamento de transporte. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

1.2.4 Resolve problemas técnicos (relacionados com o equipamento de transporte) que possam ocorrer. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

1.2.5 Demonstra conhecimento da ambulância de transporte bem como do meio envolvente ao transporte. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

1.3 Desenvolve processos de formação contínua. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

1.3.1 Investe em formação contínua específica relacionada com o transporte de doentes críticos. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

1.3.2 Realiza atualizações frequentes em Suporte Avançado de Vida. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

1.3.3 Realiza treinos específicos em transporte de doentes críticos. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

1.3.4 Aproveita as oportunidades de aprender com outros elementos da equipa de transporte. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

1.3.5 Contribui para a formação profissional dos elementos da equipa de transporte. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[BACK](#)[NEXT](#)

Page 3 of 12

## 2. PLANEAMENTO E ORGANIZAÇÃO

1 – Discordo completamente; 5 – Concordo completamente.

2.1 Evidencia um planeamento e organização avançados do transporte de modo a evitar intercorrências indesejáveis durante o mesmo. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2.1.1 Garante que todo o equipamento necessário para o transporte esteja disponível e funcionando. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2.1.2 Utiliza listas de verificação (checklists) para confirmação de múltiplos fatores que interferem com o resultado final do transporte. \*

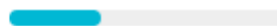
1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2.1.3 Demonstra conhecimentos e habilidades para colaborar na avaliação e estabilização do doente crítico antes do transporte. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2.1.4 Demonstra conhecimento da situação clínica do doente crítico e do seu histórico. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[BACK](#)[NEXT](#)

Page 4 of 12

### 3. PROMOÇÃO DA SEGURANÇA

1 – Discordo completamente; 5 – Concordo completamente.

#### 3.1 Cria e mantém um ambiente de cuidados seguro. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

##### 3.1.1 Demonstra conhecimento dos princípios de segurança do transporte de doentes. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

##### 3.1.2 Atua de acordo com as diretrizes (guidelines) existentes relativas ao transporte inter-hospitalar de doentes críticos. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

##### 3.1.3 Demonstra conhecimento dos riscos potenciais associados ao transporte de doentes críticos (relacionados com as forças de movimento, de aceleração, desaceleração, efeitos de vibração e possíveis mudanças de temperatura). \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

##### 3.1.4 Antecipa e realiza cuidados que se prevejam necessários durante o transporte. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

##### 3.1.5 Toma medidas para a prevenção de possíveis complicações durante o transporte. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### 4. PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

1 – Discordo completamente; 5 – Concordo completamente.

##### 4.1 Presta cuidados de qualidade ao doente crítico. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4.1.1 Demonstra capacidade para cuidar do doente crítico em ambiente de transporte, longe da segurança e do ambiente controlado da unidade hospitalar. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4.1.2 Presta cuidados ao doente crítico com a mesma qualidade dos cuidados prestados no serviço de origem. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4.1.3 Promove apoio psicológico ao doente crítico e família. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4.1.4 Executa intervenções/ procedimentos específicos de elevada complexidade necessários à manutenção da estabilidade do doente crítico. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4.1.5 Executa monitorização adequada do doente crítico durante o transporte. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



4.1.6 Demonstra conhecimentos e habilidades para usar o ventilador portátil. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4.1.7 Demonstra conhecimento sobre a administração de terapêutica que pode ser necessária durante o transporte (incluindo sedativos, relaxantes musculares, inotrópicos e vasopressores). \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4.1.8 Reconhece a gravidade ou não de uma situação mediante a abordagem de um doente crítico. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4.1.9 Previne o agravamento do estado clínico do doente crítico durante o transporte. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4.1.10 Demonstra habilidades para reconhecer mudanças súbitas no estado clínico do doente crítico. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4.1.11 Demonstra habilidades para responder às mudanças súbitas do estado clínico do doente crítico. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 5. TRABALHO DE EQUIPA E COOPERAÇÃO

1 – Discordo completamente; 5 – Concordo completamente.

### 5.1 Evidencia capacidade para trabalhar em equipa. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### 5.1.1 Concilia diferentes opiniões, inter e intraprofissionais. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### 5.1.2 Partilha conhecimentos e dúvidas com os restantes elementos da equipa de transporte. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### 5.1.3 Apoia os restantes elementos da equipa de transporte, nomeadamente elementos mais novos e inexperientes. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### 5.1.4 Procura apoio de elementos da equipa de transporte mais experientes. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[BACK](#)[NEXT](#) Page 7 of 12

## 6. COMUNICAÇÃO

1 – Discordo completamente; 5 – Concordo completamente.

6.1 Gere a comunicação interpessoal com os membros da equipa multidisciplinar envolvida no transporte. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6.1.1 Comunica eficazmente com os elementos das equipas multidisciplinares da instituição de origem e da instituição de destino. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6.1.2 Transmite informação essencial relativa ao doente crítico (escrita e verbal) à equipa da instituição de destino. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6.1.3 Garante que toda a informação prévia relativa ao doente crítico se encontra registada e disponível. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6.1.4 Efetua registos necessários durante o transporte. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6.2 Gere a comunicação interpessoal com o doente crítico e/ ou família. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6.2.1 Informa o doente crítico consciente acerca da necessidade e desenvolvimento do transporte. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6.2.2 Informa a família do doente crítico acerca da necessidade e desenvolvimento do transporte. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[BACK](#)[NEXT](#) Page 8 of 12

## 7. GESTÃO DE EVENTOS CRÍTICOS

1 – Discordo completamente; 5 – Concordo completamente.

7.1 Evidencia um bom nível de desempenho perante a necessidade de agir num curto espaço de tempo. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7.1.1 Avalia rápida e adequadamente um doente crítico. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7.1.2 Lida facilmente com situações de emergência. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7.1.3 Garante tomadas de decisão eficazes e sensatas num curto espaço de tempo. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7.2 Responde adequadamente aos imprevistos que possam surgir durante o transporte inter-hospitalar de doentes críticos. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7.2.1 Responde de forma rápida e adequada às exigências das situações. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7.2.2 Demonstra habilidades para lidar com qualquer ocorrência que possa surgir \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[BACK](#)[NEXT](#)

Page 9 of 12

## 8. MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

1 – Discordo completamente; 5 – Concordo completamente.

8.1 Reflete sobre o desempenho profissional após a realização de cada transporte inter-hospitalar de doentes críticos. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8.1.1 Demonstra capacidade de reflexão sobre a ação e consequente aprendizagem. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8.1.2 Avalia a prática de cuidados durante o transporte. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8.2 Colabora com as entidades responsáveis pela avaliação do transporte. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8.2.1 Participa em programas de acompanhamento e auditoria do transporte de doentes críticos \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8.2.2 Reporta incidentes críticos que possam ocorrer durante o transporte às entidades responsáveis. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8.2.3 Garante o envolvimento em estudos que examinem os problemas relatados durante o transporte. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[BACK](#)[NEXT](#)

Page 10 of 12

## 9. COMPROMISSO ÉTICO

1 – Discordo completamente; 5 – Concordo completamente.

9.1 Assume as responsabilidades éticas inerentes à prática profissional, enquanto enfermeiro que realiza transportes inter-hospitalares de doentes críticos. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9.1.1 Demonstra compreensão de questões éticas relacionadas com o processo de tomada de decisão \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9.1.2 Demonstra compreensão de questões éticas relacionadas com a questão da gestão da informação solicitada pelo doente crítico e família. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9.1.3 Atua na defesa do melhor interesse do doente crítico. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9.1.4 Garante a privacidade do doente crítico durante o transporte. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9.1.5 Garante a confidencialidade da informação clínica relativa ao doente crítico dentro do quadro legal e ético. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9.1.6 Integra diferenças culturais no planeamento, na implementação e na avaliação dos cuidados. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

BACK

NEXT

Page 11 of 12

## 10. SUGESTÕES E OBSERVAÇÕES

Your answer

BACK

SUBMIT

Page 12 of 12



**APÊNDICE E – INSTRUMENTO ENVIADO NA 2ª RONDA**



## INSTRUMENTO ENVIADO NA 2ª RONDA

Exmo(a) Senhor(a) Enfermeiro(a)

Na continuidade do estudo "Competências do Enfermeiro no Transporte Inter-hospitalar de Doentes Críticos" e após análise dos dados obtidos, venho por este meio solicitar a sua participação na 2ª ronda da técnica de Delphi.

Os resultados da 1ª ronda, na qual aceitou participar, encontram-se disponíveis em anexo neste e-mail.

Para a 2ª ronda transitam apenas as questões do questionário "Competências do enfermeiro no transporte inter-hospitalar de doentes críticos" que não obtiveram o grau de consenso estipulado previamente, ou seja, Consenso Elevado ou Consenso Muito Elevado. Foi excluída a questão que não obteve consenso: "8.2.1 Participa em programas de acompanhamento e auditoria do transporte de doentes críticos".

Os critérios para determinar o grau de consenso baseiam-se no grau de concordância (soma da percentagem de respostas 4 (Concordo) e 5 (Concordo Muito)), na mediana (Md) e no intervalo interquartil (IIQ):

- Consenso Muito Elevado: Concordância  $\geq 80\%$ ; Md 5; IIQ 0
- Consenso Elevado: Concordância  $\geq 80\%$ ; Md  $\geq 4$ ; IIQ 1
- Consenso Moderado: Concordância 60-79%; Md  $\leq 4$ ; IIQ 1
- Consenso Baixo: Concordância  $< 60\%$ ; Md 4; IIQ  $> 1$

Sendo assim, solicito que analise a sua resposta para as questões que obtiveram Consenso Moderado ou Consenso Baixo perante os dados estatísticos resultantes da primeira etapa, podendo alterá-la ou mantê-la se assim o considerar.

Solicita-se a sua participação até ao dia **3 de Agosto de 2016**.

Caso aceite manter a sua participação, deverá seleccionar a opção "**Preencher o Formulário**" que aparece no final deste e-mail. Logo após este passo, será encaminhado para o instrumento de avaliação a preencher.

Grata pela sua colaboração.

Ana Cristina da Silva Gonçalves

Questionário: Competências do Enfermeiro no Transporte Inter-hospitalar de Doentes Críticos

**PREENCHER O FORMULÁRIO**

# Questionário: Competências Do Enfermeiro No Transporte Inter-Hospitalar De Doentes Críticos

O presente questionário é composto por 5 questões referentes a 4 domínios de competências. Por favor, selecione o quadrado de acordo com o seu grau de concordância com o critério apresentado:

- 1 – Discordo completamente;
- 2 – Discordo;
- 3 – Não concordo nem discordo;
- 4 – Concordo;
- 5 – Concordo completamente.

[ANTERIOR](#)[SEGUINTE](#)

## 1. CONHECIMENTO E EXPERIÊNCIA

- 1 – Discordo Completamente: 1 (6,3%)
- 2 – Discordo: 2 (12,5%)
- 3 – Não Concordo Nem Discordo: 3 (18,5%)
- 4 – Concordo: 5 (31,3%)
- 5 – Concordo Completamente: 5 (31,3%)

### 1.3.3 Realiza treinos específicos em transporte de doentes críticos. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[ANTERIOR](#)[SEGUINTE](#)

## 2. PLANEAMENTO E ORGANIZAÇÃO

- 1 – Discordo Completamente: 0 (0,0%)  
2 – Discordo: 1 (6,3%)  
3 – Não Concordo Nem Discordo: 3 (18,8%)  
4 – Concordo: 2 (12,5%)  
5 – Concordo Completamente: 10 (62,5%)

2.1.2 Utiliza listas de verificação (checklists) para confirmação de múltiplos fatores que interferem com o resultado final do transporte. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[ANTERIOR](#)[SEGUINTE](#)

## 4. PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

- 1 – Discordo Completamente: 0 (0,0%)  
2 – Discordo: 0 (0,0%)  
3 – Não Concordo Nem Discordo: 5 (31,3%)  
4 – Concordo: 7 (43,8%)  
5 – Concordo Completamente: 4 (21%)

4.1.3 Promove apoio psicológico ao doente crítico e família. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[ANTERIOR](#)[SEGUINTE](#)

## 8. MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

- 1 – Discordo Completamente: 0 (0,0%)  
 2 – Discordo: 1 (6,3%)  
 3 – Não Concordo Nem Discordo: 5 (31,3%)  
 4 – Concordo: 4 (25%)  
 5 – Concordo Completamente: 6 (37,5%)

8.2 Colabora com as entidades responsáveis pela avaliação do transporte. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANTERIOR

SEGUINTE

## 8. MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

- 1 – Discordo Completamente: 3 (18,8%)  
 2 – Discordo: 1 (6,3%)  
 3 – Não Concordo Nem Discordo: 3 (18,8%)  
 4 – Concordo: 4 (25%)  
 5 – Concordo Completamente: 5 (31,3%)

8.2.3 Garante o envolvimento em estudos que examinem os problemas relatados durante o transporte. \*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANTERIOR

SUBMETTER

## **APÊNDICE F - VERSÃO DE CONSENSO**





## VERSÃO DE CONSENSO

<b>FORMAÇÃO E EXPERIÊNCIA</b>	
<b>Aplica um conjunto de conhecimentos específicos necessários às exigências do transporte inter-hospitalar de doentes críticos.</b>	
Demonstra conhecimentos e habilidades em Suporte Avançado de Vida.	
Demonstra conhecimentos em suporte avançado de Trauma.	
Demonstra conhecimento nas áreas de cuidados em urgência/ emergência e cuidados intensivos.	
<b>Usa experiência adquirida anteriormente, otimizando os resultados do transporte inter-hospitalar de doentes críticos.</b>	
Aplica experiência profissional adquirida em contexto hospitalar.	
Aplica experiência adquirida em contexto de realização de transportes inter-hospitalares de doentes críticos.	
Demonstra habilidades para utilizar o equipamento de transporte.	
Resolve problemas técnicos (relacionados com o equipamento de transporte) que possam ocorrer.	
Demonstra conhecimento da ambulância de transporte bem como do meio envolvente ao transporte.	
<b>Desenvolve processos de formação contínua</b>	
Investe em formação contínua específica relacionada com o transporte de doentes críticos.	
Realiza atualizações frequentes em Suporte Avançado de Vida.	
Aproveita as oportunidades de aprender com outros elementos da equipa de transporte.	
Contribui para a formação profissional dos elementos da equipa de transporte.	
<b>2. PLANEAMENTO E ORGANIZAÇÃO</b>	
<b>Evidencia um planeamento e organização avançados do transporte de modo a evitar intercorrências indesejáveis durante o mesmo.</b>	
Garante que todo o equipamento necessário para o transporte esteja disponível e funcionante.	
Demonstra conhecimentos e habilidades para colaborar na avaliação e estabilização do doente crítico antes do transporte.	
Demonstra conhecimento da situação clínica do doente crítico e do seu histórico.	
<b>3. PROMOÇÃO DA SEGURANÇA</b>	
<b>Cria e mantém um ambiente de cuidados seguro</b>	
Demonstra conhecimento dos princípios de segurança do transporte de doentes.	
Atua de acordo com as diretrizes (guidelines) existentes relativas ao transporte inter-hospitalar de doentes críticos.	
Demonstra conhecimento dos riscos potenciais associados ao transporte de doentes críticos (relacionados com as forças de movimento, de aceleração, desaceleração, efeitos de vibração e possíveis mudanças de temperatura).	
Antecipa e realiza cuidados que se prevejam necessários durante o transporte.	
Toma medidas para a prevenção de possíveis complicações durante o transporte.	
<b>4. PRESTAÇÃO DE CUIDADOS</b>	
<b>Presta cuidados de qualidade ao doente crítico.</b>	
Demonstra capacidade para cuidar do doente crítico em ambiente de transporte, longe da segurança e do ambiente controlado da unidade hospitalar.	

Presta cuidados ao doente crítico com a mesma qualidade dos cuidados prestados no serviço de origem.
Promove apoio psicológico ao doente crítico e família.
Executa intervenções/ procedimentos específicos de elevada complexidade necessários à manutenção da estabilidade do doente crítico.
Executa monitorização adequada do doente crítico durante o transporte.
Demonstra conhecimentos e habilidades para usar o ventilador portátil.
Demonstra conhecimento sobre a administração de terapêutica que pode ser necessária durante o transporte (incluindo sedativos, relaxantes musculares, inotrópicos e vasopressores).
Reconhece a gravidade ou não de uma situação mediante a abordagem de um doente crítico.
Previne o agravamento do estado clínico do doente crítico durante o transporte.
Demonstra habilidades para reconhecer mudanças súbitas no estado clínico do doente crítico.
Demonstra habilidades para responder às mudanças súbitas do estado clínico do doente crítico.
<b>5. TRABALHO DE EQUIPA E COOPERAÇÃO</b>
<b>Evidencia capacidade para trabalhar em equipa.</b>
Concilia diferentes opiniões, inter e intraprofissionais.
Partilha conhecimentos e dúvidas com os restantes elementos da equipa de transporte.
Apoia os restantes elementos da equipa de transporte, nomeadamente elementos mais novos e inexperientes.
Procura apoio de elementos da equipa de transporte mais experientes.
<b>6. COMUNICAÇÃO</b>
<b>Gere a comunicação interpessoal com os membros da equipa multidisciplinar envolvida no transporte.</b>
Comunica eficazmente com os elementos das equipas multidisciplinares da instituição de origem e da instituição de destino.
Transmite informação essencial relativa ao doente crítico (escrita e verbal) à equipa da instituição de destino.
Garante que toda a informação prévia relativa ao doente crítico se encontra registada e disponível.
Efetua registos necessários durante o transporte.
<b>Gere a comunicação interpessoal com o doente crítico e/ ou família.</b>
Informa o doente crítico consciente acerca da necessidade e desenvolvimento do transporte.
Informa a família do doente crítico acerca da necessidade e desenvolvimento do transporte.
<b>7. GESTÃO DE EVENTOS CRÍTICOS</b>
<b>Evidencia um bom nível de desempenho perante a necessidade de agir num curto espaço de tempo.</b>
Avalia rápida e adequadamente um doente crítico.
Lida facilmente com situações de emergência.
Garante tomadas de decisão eficazes e sensatas num curto espaço de tempo.
<b>Responde adequadamente aos imprevistos que possam surgir durante o transporte inter-hospitalar de doentes críticos.</b>
Responde de forma rápida e adequada às exigências das situações.
Demonstra habilidades para lidar com qualquer ocorrência que possa surgir
<b>8. MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE</b>

<b>Reflete sobre o desempenho profissional após a realização de cada transporte inter-hospitalar de doentes críticos.</b>
Demonstra capacidade de reflexão sobre a ação e consequente aprendizagem.
Avalia a prática de cuidados durante o transporte.
Reporta incidentes críticos que possam ocorrer durante o transporte às entidades responsáveis.
<b>9. COMPROMISSO ÉTICO</b>
<b>Assume as responsabilidades éticas inerentes à prática profissional, enquanto enfermeiro que realiza transportes inter-hospitalares de doentes críticos.</b>
Demonstra compreensão de questões éticas relacionadas com o processo de tomada de decisão
Demonstra compreensão de questões éticas relacionadas com a questão da gestão da informação solicitada pelo doente crítico e família.
Atua na defesa do melhor interesse do doente crítico.
Garante a privacidade do doente crítico durante o transporte.
Garante a confidencialidade da informação clínica relativa ao doente crítico dentro do quadro legal e ético.
Integra diferenças culturais no planeamento, na implementação e na avaliação dos cuidados.